

## TABLE DES MATIERES

Pages

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS.....</b>	<b>4</b>
<b>Définitions opérationnelles des termes.....</b>	<b>5</b>
<b>RÉSUMÉ:.....</b>	<b>6</b>
<b>I- INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>II PRESENTATION DU PAYS.....</b>	<b>8</b>
<b>2- 1 : DEMOGRAPHIE,.....</b>	<b>8</b>
<b>2-2 : ECONOMIE.....</b>	<b>12</b>
<b>2-3 SECTEUR SANTE.....</b>	<b>13</b>
<b>III. BUT ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. But.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Objectifs Spécifiques.....</b>	<b>15</b>
<b>IV- METHODOLOGIE .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1 REVUE DOCUMENTAIRE.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. ETUDE SUR LE TERRAIN .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2.1. Méthodologie de l'étude de terrain .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2.2. Collecte de données.....</b>	<b>16</b>
<b>4.2.3 Sites visités.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2.4. Eléments évalués .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2.5 Limites de l'étude .....</b>	<b>18</b>
<b>V- RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1. CONTEXTE .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>19</b>
<b>5.1.2 Points forts .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1.3 Points faibles : .....</b>	<b>25</b>
<b>5.1.4 Recommandations .....</b>	<b>25</b>
<b>5.2. COORDINATION.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>26</b>
<b>5.2.2 Points forts .....</b>	<b>27</b>
<b>5.2.3 Points faibles.....</b>	<b>28</b>
<b>5.2.4 Recommandations .....</b>	<b>29</b>
<b>5.3. ENGAGEMENT .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>30</b>
<b>5.3.2 Points forts/ Opportunités .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.3 Points faibles .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3.4 Recommandations .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4. CAPITAL/FINANCEMENT .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4.1. Description de la situation actuelle</b>	
<b>5.4.2 Points forts .....</b>	<b>37</b>
<b>5.4.3 Points faibles .....</b>	<b>37</b>
<b>5.4.4 Recommandations .....</b>	<b>37</b>
<b>5.5. PRODUIT.....</b>	<b>38</b>
<b>5.5.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>38</b>
<b>5.5.2 Points forts .....</b>	<b>40</b>
<b>5.5.3 Points faibles .....</b>	<b>40</b>
<b>5.5.4 Recommandations .....</b>	<b>41</b>

<b>5.6. UTILISATION DU CLIENT ET DEMANDE.....</b>	<b>42</b>
<b>5.6.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>42</b>
<b>La Maternité sans risque .....</b>	<b>42</b>
<b>La Planification familiale .....</b>	<b>46</b>
<b>La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent.....</b>	<b>47</b>
<b>Les IST/VIH .....</b>	<b>48</b>
<b>La fistule obstétricale .....</b>	<b>49</b>
<b>5.6.2 Points forts .....</b>	<b>52</b>
<b>5.6.3 Points faibles .....</b>	<b>53</b>
<b>5.6.4 Recommandations .....</b>	<b>53</b>
<b>5.7. CAPACITE.....</b>	<b>54</b>
<b>5.7.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>54</b>
<b>5.7.2 Points forts .....</b>	<b>59</b>
<b>5.7.3 Points faibles .....</b>	<b>60</b>
<b>5.7.4 Recommandations .....</b>	<b>61</b>
<b>5.8. Implication du Secteur Privé.....</b>	<b>62</b>
<b>5.8.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>62</b>
<b>5.8.2 Points forts .....</b>	<b>66</b>
<b>5.8.3 Points faibles .....</b>	<b>66</b>
<b>5.8.4 Recommandations .....</b>	<b>67</b>
<b>5.9. Suivi/ Evaluation .....</b>	<b>67</b>
<b>5.9.1 Description de la situation actuelle .....</b>	<b>68</b>
<b>5.9.2 Points forts .....</b>	<b>69</b>
<b>5.9.3 Points faibles .....</b>	<b>70</b>
<b>5.9.4 Recommandations .....</b>	<b>70</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>72</b>
<b>VI ANNEXES</b>	
1. <u>L'outil RHCSAT</u>	
2. <u>Liste des sites visités et des personnes rencontrées</u>	
3. <u>Liste des documents consultés</u>	
4. <u>Liste nationale des médicaments essentiels</u>	
5. <u>Termes de référence du consultant</u>	

## **REMERCIEMENTS**

Le Ministère de la Santé Publique remercie l'UNFPA , l'USAID (Health Policy Initiative au Niger, AWARE/RH), l'OMS, UNICEF, l'AFD, le SESAG de Dakar pour leur appui technique et/ou financier qui a permis l'élaboration du présent document.

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AWARE/RH</b>	: Action for West Africa Regional Reproductive Health
<b>ANBEF</b>	: Association Nigérienne pour le Bien Etre Familiale
<b>CCC</b>	: Communication pour Changement de Comportement
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CISLS</b>	: Coordination Inter Sectorielle de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA
<b>CNSR</b>	: Centre National de la Santé de la Reproduction
<b>CST</b>	: Country Support Team
<b>DS</b>	: District Sanitaire
<b>DPHL/MT</b>	: Direction de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
<b>DRSP</b>	: Direction Régionale de la Santé Publique
<b>DSR</b>	: Direction de la Santé de la Reproduction
<b>DIU</b>	: Dispositif Intra Utérin
<b>EAT</b>	: Equipe d'Appui Technique
<b>EDSN</b>	: Enquête Démographique et de Santé du Niger
<b>FSP</b>	: Formation Sanitaire Publique
<b>IEC</b>	: Information Education Communication
<b>IPPF</b>	: International Planned Parenthood Federation
<b>MSP/LCE</b>	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies
<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONPPC</b>	: Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques du Niger
<b>PF</b>	: Planification Familiale
<b>PNLS</b>	: Programme National de Lutte Contre le SIDA
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PSI</b>	: Population Services International
<b>SSR/AJ</b>	: Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents et des Jeunes
<b>RHCSAT</b>	: Reproduction Health Commodity Security Assessment Tool
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno. Déficience Acquis
<b>SIGL</b>	: Système d'Information de Gestion Logistique
<b>SPSR</b>	: Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction
<b>SR</b>	: Santé de la Reproduction
<b>TAC</b>	: Tableau d'Acquisition des Produits Contraceptifs
<b>UNFPA</b>	: United Nations Population Fund
<b>UNICEF</b>	: United Nations Children Fund
<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development
<b>USD</b>	: United States Dollar
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## **Définitions opérationnelles des termes**

Les définitions données ci dessous sont inspirées de celles contenues dans de l'outil de collecte et d'analyse de données RHCSAT

### **Contexte**

C'est l'ensemble des facteurs contextuels (politiques, institutionnels, socio/culturels ou autres) qui affectent la capacité de l'individu à choisir, obtenir et utiliser à chaque fois qu'il en a besoin les produits de la SR.

### **Engagement**

Il s'agit d'une politique de soutien et un environnement de régulation, un capital suffisant et des capacités humaines nécessaires pour répondre aux besoins des clients. C'est donc l'engagement politique et la capacité de faire un plaidoyer en faveur de la SPSR par une approche multisectorielle.

### **Coordination**

Il s'agit de la coordination des actions des parties prenantes (Etat, partenaires techniques et financiers, secteur privé, Associations, collectivités, communauté) aux différents niveaux (national, régional et périphérique) pour aboutir à la SPSR.

### **Capital**

C'est l'ensemble de financement courant et potentiel pour les produits de la SR à travers le gouvernement, les donateurs ainsi que les parties tierces. Il examine les tendances de financement (financements actuels et futurs) ainsi que l'évaluation de leur efficacité pour assurer la disponibilité des produits aux clients qui en ont besoin.

### **Demande et utilisation du client**

Il s'agit pour cette section de (i) développer les profils de clients (actuels et potentiels) des produits de la SR, (ii) examiner les répartitions de l'usage du besoin non satisfait par âge, par lieu de résidence, par niveau d'éducation, par niveau de vie, etc. et (iii) évaluer l'efficacité des prestataires à s'occuper du marché complet des clients tout autant que sur l'accès, l'interruption (abandon) et l'impact des activités en matière d'augmentation de la demande de produits.

**Produit**

C'est l'examen des différentes sources des produits de la SR, des circuits d'approvisionnement des secteurs publics et privés. Il tient compte des tendances passées et se penche sur les attentes pour chaque produit de la SR.

Il permet ainsi d'aider à déterminer le rôle de chaque secteur dans l'approvisionnement de produits de la SR.

**Capacité**

C'est l'évaluation des différentes ressources nécessaires pour une bonne estimation des besoins en produits SR, des procédures d'acquisition (achat local, production ou importation), du transport, de la distribution et du système d'Information et de Gestion Logistique.

C'est donc l'évaluation de l'ensemble des mécanismes de mise en œuvre du cycle logistique des médicaments.

## RÉSUMÉ :

L'Etat Nigérien est entrain de consentir beaucoup d'efforts pour assurer la santé de sa population. Ces efforts ont trait à tous les domaines de la santé en général mais surtout le volet Santé de la Reproduction (SR) en particulier. Cependant, on est au regret de constater qu'il existe encore beaucoup de faiblesses dans le système mis en place pour gérer la SR.

Ces insuffisances ont été constatées lors de l'élaboration du Programme National de Santé de la Reproduction et des missions d'appui sollicitées par le gouvernement sur l'analyse situationnelle au Niger en 2005 et 2006. Pour remédier à ces insuffisances, le Niger a sollicité l'assistance de ses partenaires tels que l'Equipe d'Appui Technique (EAT), UNFPA de Dakar, AWARE/RH et HPI, en vue de développer un plan stratégique national de sécurisation des produits de SR (SPSR).

Il s'agit d'un processus comprenant plusieurs phases. La première phase a consisté en un plaidoyer à l'endroit des autorités en vue d'obtenir leur adhésion et leur soutien, ainsi que la mise sur pied d'un Comité National de SPSR au Niger. Le plaidoyer a eu lieu le 4 mai 2006 à l'hôtel GAWEYE à Niamey, suivi de la mise sur pied du Comité National quelques semaines après. La 2eme phase est la présente analyse de la situation qui servira de base au développement du plan stratégique pour la SPSR au Niger.

Cette analyse est faite à partir de la revue documentaire et l'utilisation de l'outil Reproductive Health Commodity Securities Assesment Tools (RHCSAT) pour collecter et analyser les données de terrain. Au terme de l'étude, les forces et les faiblesses du système ont été identifiées, des recommandations faites sur lesquelles une équipe se basera pour développer le Plan National de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction pour les cinq prochaines années. Certaines des forces/opportunités et faiblesses identifiées par l'analyse sont résumés ci-dessous.

L'existence de plusieurs textes de loi en faveur de la SPSR, des documents d'orientation en la matière, ainsi que des mutations institutionnelles en faveur de la SR constituent des exemples de forces/opportunités du système. L'analyse a également relevé une volonté politique et un engagement manifeste de l'Etat qui en dehors des textes, a inscrit une ligne budgétaire pour l'achat des produits de SR.

Au nombre des insuffisances notées, on peut citer :

- Une faible prévalence contraceptive ;
- Un fort taux de Besoins Non Satisfaits en matière de PF ;
- Une forte demande en produits contraceptifs ;
- L'absence d'outils de collecte de données de routine pour les prises de décision concernant la logistique.

## I- INTRODUCTION

La sécurisation des produits pharmaceutiques en général et ceux relatifs à la santé de la reproduction en particulier a toujours été au centre des préoccupations des politiques sanitaires au Niger.

Ainsi, les « *Orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la première décennie du 21ème siècle 2002 – 2011* », accordent une attention particulière à la Santé de la Reproduction et font ressortir la nécessité entre autres, de la « mise en place un système national d'approvisionnement en contraceptifs ».

Le « *Plan de Développement Sanitaire 2005-2010* », tout en relevant la forte mortalité maternelle et infantile comme problème sanitaire majeur au Niger, se propose de « renforcer les activités de santé de la reproduction » y compris une meilleure accessibilité des populations aux produits de santé de la reproduction.

Lors de l'élaboration du « *Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009* » et des missions d'appui sur l'analyse situationnelle au Niger en 2005 réalisée par le Conseiller Régional CST de Dakar et en 2006 conjointement par le conseiller logistique régional de AWARE/RH à Accra et la Conseillère Régionale CST de Dakar en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies du Niger, il est ressorti entre autres les constats suivants :

0. Un Fonctionnement intermittent et inefficace du système d'approvisionnement des produits SR en particulier les contraceptifs, condoms et médicaments des soins obstétricaux d'urgence ;
0. Une faiblesse au niveau de la capacité de gestion logistique ;
0. Des ruptures fréquentes en produits de la Santé de la Reproduction et particulièrement des produits contraceptifs.

Pour remédier à ces insuffisances, le Niger a sollicité l'assistance de ses partenaires tels que l' UNFPA (Equipe d'Appui Technique / Dakar et Bureau Niger), AWARE/RH et Health Policy Initiative (HPI), en vue de développer un plan stratégique national de sécurisation des produits de SR (SPSR). Il s'agit d'un processus comprenant plusieurs phases. La première phase a consisté en un plaidoyer à l'endroit des autorités et des partenaires en vue d'obtenir leur adhésion et leur soutien. Suite à ce plaidoyer qui a eu lieu le 4 mai 2006, un Comité National de SPSR au Niger a été mis en place. La 2eme phase est l'analyse de la situation qui servira de base au développement du plan stratégique pour la SPSR au Niger.

Cette analyse de la situation s'est basée sur la revue documentaire et le traitement de données recueillies sur le terrain utilisant l'outil d'évaluation «Reproductive Health Commodity System Assessment Tool (RHCSAT)» adapté au contexte nigérien par le comité technique de SPSR.



## II PRESENTATION DU PAYS

### 2.1. Superficie

Le Niger, avec une superficie de 1.267.000 km<sup>2</sup> s'étend de l'isohyète 0 à 700 mm. Du sud au nord, 4 faciès écologiques différents se succèdent : zone soudanienne de savane arborée, zone sahélienne, zone sahélo saharienne et zone désertique (plus de la moitié du pays). Pays enclavé, le Niger est limité au nord par l'Algérie et la Libye, à l'est par le Tchad, au sud par la République Fédérale du Nigeria et le Bénin, à l'ouest par le Burkina Faso et au nord-ouest par le Mali.

La densité moyenne de la population (8,7 habts/km<sup>2</sup>) recouvre une disparité importante entre des régions, les départements et les communes et décroît du sud au nord. Environ 15 % de la population est nomade.

### 2.2. Démographie

Les résultats définitifs du RGP/H-2001, publiés en 2005, montrent que le Niger comptait, au 1<sup>er</sup> juin 2001, 11.060.291 habitants. La comparaison des résultats des recensements de 1977, 1988 et 2001 permet de conclure que le pays connaît une croissance démographique galopante. En effet, en 24 ans, la population a été multipliée par 2,16. L'indice synthétique de fécondité est estimé à 7,1<sup>1</sup> enfants par femme et le taux annuel moyen d'accroissement de la population s'établit à 3,3%. Avec un tel taux d'accroissement et si rien ne sera fait pour maîtriser cette croissance démographique, la population nigérienne serait de 12,9 millions en 2006 et atteindra 55,8 millions d'habitants à l'horizon 2050<sup>2</sup>. Cette évolution démographique s'effectue dans un contexte socio-économique très difficile caractérisé par une pauvreté largement répandue, des faiblesses du secteur agricole et de l'économie en général et des difficultés pour asseoir un système de santé de qualité et d'accès facile pour la population.

L'accroissement très rapide de la population du Niger s'explique avant tout par le niveau très élevé de la fécondité alors que le niveau de la mortalité infantile a baissé ces dernières années, malgré la faible couverture sanitaire.

L'autre caractéristique démographique du Niger est relative à la jeunesse de cette population et la précocité de sa procréation.

Les principaux indicateurs démographiques<sup>3</sup> se présentent comme suit :

- Taux de natalité estimé à 52‰<sup>4</sup> ;
- Femmes en âge de procréer : 22 %
- Age au premier rapport sexuel chez les filles : 15 ans
- Age au premier mariage : 15 ans pour la fille et 22 ans pour le garçon ;

<sup>1</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006

<sup>2</sup> Projections de la population du Niger de 2005 à 2050, un appel à l'action

<sup>3</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples 2006

<sup>4</sup> Supports SNIS

- Intervalle intergénéscique inférieur à 2 ans : 21% ;
- Intervalle intergénéscique entre 2 et 3 ans : 40 %
- Adolescentes de 15-19 ans : 20 % de la fécondité totale des femmes ;
- Indice Synthétique de Fécondité : 7,1
- Taux de mortalité maternelle : 648 pour 100,000 naissances vivantes ;
- Population jeune : 48,4% ont moins de 15 ans et 70 % ont moins de 25 ans ;
- Les femmes constituent 50,12% de la population totale ;
- Nombre d'enfants désirés : 8,8. C'est l'un des rares pays au monde où la fécondité désirée est plus élevée que la fécondité observée
- Taux brut de scolarisation : 50% en 2004<sup>5</sup>, et présente des grandes variations urbaines et rurales d'une part entre les filles et les garçons d'autre part. c'est ainsi que le taux brut de scolarisation de la jeune fille qui était de 30% en 2001 est passé à 44% en 2006.
- Taux d'alphabétisation : 20%<sup>6</sup>.

Les phénomènes migratoires saisonniers internes et externes en direction des pays côtiers ou de ces pays aux pays de sahel posent de réels problèmes (axes de transmission privilégiée du VIH), particulièrement dans les régions de Tahoua, Tillabéri Maradi, Agadez et Niamey.

**Tableau 1 : Distribution, Croissance et Densité de la Population de 2004 à 2009**

REGION	Population <sup>1</sup>	%	Populatio	Taux	Densité	Densité
	Effectif		n <sup>1</sup>			
	(Est 2004)		Attendue	annuelle	(hbts/km2)	(hbts/km2)
			(Est 2009)	(1988-01)	2004	2009
Agadez	344 914	2,91	402 559	3,17	0,52	0,60
Diffa	366 643	3,09	464 933	4,36	2,37	2,96
Dosso	1 622 178	13,68	1 864 128	2,91	48,65	55,08
Maradi	2 431 246	20,51	2 929 571	3,60	59,04	70,09
Tahoua	2 093 293	17,66	2 356 796	2,94	18,74	20,79
Tillabery	2 032 171	17,14	2 285 799	2,61	21,21	23,50
Zinder	2 218 623	18,71	2 537 082	2,81	14,45	16,29
C. U. N Niamey	749 160	6,33	861 670	4,15	2984,8	3379,10
Total Niger	11 856 493	100,0	13 702 538	3,1	9,5	10,81

Source : RGP H 2001.

En effet, il faut signaler que  $\frac{3}{4}$  de la population vivent sur  $\frac{1}{4}$  du territoire national. Les Régions les plus intensément peuplées sont : Maradi, Dosso, Tillabéri et la Communauté Urbaine de Niamey qui présente une certaine particularité. A l'inverse, les

<sup>5</sup> DEP/MEBA, 2004

<sup>6</sup> Idem

2 régions les plus vastes que sont Agadez et Diffa ont des densités de population les plus faibles du pays respectivement de 0,52 et 2,37hts/km<sup>2</sup>, les autres régions ont des densités de population supérieures à la moyenne nationale.

**Tableau 2: Projections Démographiques par groupe d'âge**

Effectifs	2001	2006	2007	2008	2009	2010
Population	11 060 291	12 900 000	13 300 000	13 700 000	14 100 000	14 500 000
Pop 0-5ans	2 245 239	2 459 400	2 485 600	2 518 300	2 563 200	2 628 500
Pop 5-14 ans	3 749 439	3 922 400	2 247 424	4 198 000	4 301 900	4 373 800
Pop 15-44 ans		4 366 200	5 194 200	5 380 900	6 677 900	5 796 200
Femmes en âge de procréer	2 433 264	2 838 000	2 926 000	3 014 000	3 102 000	3 190 000
Naissances attendues	575 135	603 600	608 800	614 400	620 500	627 100

Source : Projections de la population du Niger de 2005 à 2050, un appel à l'action

Les projections ont été faites à partir du RGPH 2001 et des supports SNIS. Le tableau ci-dessus montre, conformément aux tendances générales observées ci-dessus, que la population croit rapidement dans toutes les tranches d'âge. On notera particulièrement la proportion des moins de 14 ans qui représente plus de 50 % de la population et le nombre de plus en plus élevé des femmes en âge de procréer dans un contexte socio économique de plus en plus difficile.

### **2.3. Aspects socioculturels**

La population du Niger est composée de plusieurs groupes socio-linguistiques dont les Haoussa, Zarma-Songhay, Touareg, Peul, Kanuri, Arabe, Gourmantché, Toubou, Boudouma.

Plus de 95% de la population est de confession musulmane. Les autres religions sont : le christianisme, le Bah'i et les religions du terroir (abusivement appelées animisme).

Chaque groupe sociolinguistique se distingue par sa propre organisation même si on note la présence de pratiques socioculturelles transversales. La famille demeure l'unité centrale de l'organisation sociale traditionnelle. Elle fonctionne comme unité de production, de reproduction et d'échange. Son autorité est détenue, dans la plupart des sociétés nigériennes par un chef dénommé windikoy chez les Zarma et maigida chez les Haoussa.

### **2.4. Economie**

Pays en voie de développement avec un indice de développement humain de 0.281, le Niger se trouve être confronté à de graves crises économiques. Selon les

Comptes Nationaux de la Santé 2004, édition 2006.les principales caractéristiques se résumant en :

- Une baisse de la croissance économique de -0.6 en 2004 contre 2.8% en 2003 ;
- Une baisse de la production agricole de 16.7% entraînant de facto celle du secteur primaire de 9.3% ;
- Une forte dépendance de l'économie des activités agricoles et de l'élevage (38% du Produit Intérieur Brut (PIB)) ;
- 11% des terres sont cultivables, le reste est désertique ou impropre aux cultures ;
- Selon la Stratégie de Réduction de la Pauvreté de 2002 (en révision), 63% des nigériens vivent en dessous du seuil de pauvreté et 35% sont extrêmement pauvres et la vulnérabilité économique touche beaucoup plus les femmes (87%), il en résulte une insuffisance de ressources pour atteindre les Objectifs du Millénaire du Développement (OMD) ;
- Une baisse des revenus des ménages de 2.1% entre 2003 et 2004 ;
- Une amélioration des recettes budgétaires passant de 10.7% à 11.7% avec une augmentation des investissements de 10.3 % à 24.4% ;
- Un encours de la dette publique totale est passé de 1 199.5 milliards de F CFA en 2003 à 1 093.2 milliards en 2004 avec l'annulation partielle de la dette dont le poids limite la capacité du pays à faire face aux dépenses de fonctionnement et d'investissement des services publics y compris ceux de la santé.

Cette situation économique a eu un impact négatif sur le secteur de la santé.

### **2.3. Secteur Santé**

Le secteur de la santé au Niger fait face à divers problèmes<sup>7</sup> dont une forte mortalité maternelle et infantile, la persistance de certaines maladies endémo épidémiques, une faible accessibilité des populations à des soins de qualité, une insuffisance quantitative et qualitative du personnel, une disponibilité insuffisante de médicaments essentiels et consommables de qualité et une insuffisance des ressources allouées au secteur de la santé

Depuis son accession à l'indépendance le Niger s'est toujours engagé dans la recherche des voies et moyens pour le développement du secteur de la santé. C'est ainsi que la Constitution du 9 août 1999, vise à garantir le droit à la santé à tous les citoyens nigériens. Aussi, les politiques et plans élaborés et mis en œuvre à ce jour, visent comme objectif principal l'amélioration de la santé des populations avec un accent particulier pour l'accès de tous aux soins de qualité.

Dans ce cadre, le Niger a développé et adopté un Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 dont l'objectif général est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité des systèmes de soins à partir des potentialités actuelles tout en continuant à développer les axes prioritaires suivants :

0. La prévention à travers les actions d'informations et sensibilisation des populations, le renforcement de l'hygiène du milieu l'accroissement du taux de couverture vaccinale ;

---

<sup>7</sup> Plan de Développement Sanitaire 2005-2010

- 0. La réorientation des investissements en vue d'une meilleure couverture sanitaire du pays ;
- 0. Le développement et la gestion des ressources humaines ;
- 0. La promotion de la santé de la reproduction dans ses volets santé de la femme et de l'enfant et dans ses composantes nutrition, planification familiale, lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH/SIDA (IST/VIH/SIDA) ;
- 0. La disponibilité des médicaments en mettant à la disposition des populations des médicaments essentiels génériques de qualité et à un prix abordable par l'amélioration des outils de production, du système d'approvisionnement et de la distribution ;
- 0. La poursuite des investissements dans le cadre du PDS ;
- 0. La maintenance des infrastructures.

**Tableau 3: Ratio personnel de santé / population par région**

Région	Population	Médecin	Infirmier	Sage femme*
Agadez	344 914	1/49 274	1/3 080	1/3 749
Diffa	366 643	1/52 379	1/4 471	1/5 729
Dosso	1 622 178	1/108 145	1/7 615	1/13 518
Maradi	2 431 446	1/143 015	1/9 725	1/17 878
Tahoua	2 093 293	1/39 533	1/9 898	1/19 382
Tillabery	2 032 171	1/184 743	1/10 529	1/16 389
Zinder	2 218 623	1/138 664	1/6 682	1/16 808
Niamey	749 160	1/11 182	1/1 687	1/951
Moyenne Nationale		1/50 000	1/5 525	1/6 100
Normes OMS		1/10 000	1/5 000	1/5 000

**Source :** Données DGRH/ MSP/LCE, 2004

\* Nombre de femmes en age de procréer

Par ailleurs, même si les ressources humaines et matérielles existent, les actions seraient vaines si les produits (médicaments) manquent. En effet, La politique sectorielle de santé reformulée en mai 2002 fait du médicament un des trépieds sur lequel elle repose. Sa sécurisation en général et celle des produits de la santé de la reproduction constitue la clef de réussite dans la mise en œuvre effective de celle-ci.

C'est pourquoi, il est urgent et impérieux pour le Niger de disposer d'une analyse situationnelle en matière de sécurisation des produits de la santé de la reproduction devant conduire à l'élaboration d'un plan y afférent.

### **III. BUT ET OBJECTIFS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION**

#### **3.1. But**

Disposer des données de la situation des produits SR qui serviront de base pour le développement d'un plan national de sécurisation des produits de la SR au Niger

#### **3.2. Objectifs Spécifiques**

- 3.2.1. Faire une revue de toute la documentation se rapportant à la SPSR ;
- 3.2.2. Collecter et analyser des données de terrain ;
- 3.2.3. Identifier les forces et les faiblesses du système logistique de la SPSR ;
- 3.2.4. Elaborer le rapport de synthèse de l'analyse situationnelle en matière de SPSR

### **IV. METHODOLOGIE**

#### **4.1. Revue documentaire**

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, plusieurs documents susceptibles de nous fournir des informations sur l'état de la SPSR au Niger ont été consultés (voir liste exhaustive en annexe). Il s'agit entre autres de :

- La Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) de janvier 2002, en révision ;
- Le Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 ;
- Le Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009 ;
- Le document « Nourrir, éduquer et soigner tous les nigériens : la démographie en perspective, Région Afrique, Département du Développement humain, série documents de travail- Numéro 63 ».
- L'EDSN 98 ;
- L'« Enquête à indicateurs multiples de la fin de la décennie (MICS2) Décembre 2000 » ;
- L'EDSN/MICS 3 ;
- Le document des projections démographiques « scénario appel à l'action » ;
- Divers rapports de mission dont le rapport de mission conjoint de l'UNFPA/EAT DAKAR et AWARE-RH, le rapport de mission de l'UNFPA au niveau de Loga, des pharmacies populaires de Dosso, Madaoua, Konni, Maradi I et Zinder, ainsi que le dépôt régional ONPPC de Zinder.

Les documents consultés ont permis d'avoir des informations sur les politiques relatives à la SR, aux indicateurs socio démographiques et sanitaires.

## **4.2. Etude sur le terrain**

### **a. Méthodologie de l'étude de terrain**

Pendant cette phase, plusieurs méthodes ont été utilisées pour la collecte des données appropriées. En effet, la collecte de données s'est faite sur la base de l'outil Reproductive Health Commodity Securities Assessment Tools (RHCSAT (joint en annexe).

Cet outil a été adapté au contexte nigérien par un groupe technique et approuvé par le comité technique SPSR avant la phase de collecte de données.

Le processus d'analyse de la situation a été coordonné par le comité technique sous la supervision du comité national SPSR.

Le comité technique a identifié par niveau les principaux acteurs de terrain à interviewer.

Les techniques utilisées pour la collecte des données sur le terrain sont :

- l'organisation de groupes de discussions dirigées ;
- des interviews individuelles de personnes ressources ;
- une analyse documentaire (rapports, publications etc.).

### **b. Collecte de données**

#### **3. Consultation des documents sur le terrain**

Lors de cette revue, des documents techniques ont été collectés et analysés sur le terrain dont entre autres : les kits actuellement utilisés dans le cadre des accouchements assistés, des césariennes etc. ainsi que des rapports trimestriels d'activités, les fiches de gestion de stock des produits SR, les directives disponibles au niveau des structures visitées (SPT, Guide pour la destruction des déchets biomédicaux, Directives sur les risques d'Exposition Accidentelle au Sang, Normes et Procédures en SR, etc.).

#### **3. Groupe de discussions dirigées**

Au niveau des régions, le groupe était composé du DRSP, chef de service SR, le gestionnaire, le responsable du dépôt régional, le responsable de la pharmacie de la DRSP, un pharmacien du secteur privé, les représentants des ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé et les représentants des PTF présents dans la région.

Au niveau du district sanitaire, il s'agit de l'Equipe Cadre de District, la sage femme responsable de la maternité, un membre du comité de gestion, les représentants de ONG et associations intervenants dans le domaine de la SR, représentant des PTF.

Au niveau des CSI, il s'agit du responsable du CSI, la responsable de la maternité et le responsable du PEV.

### **3. Interview des personnes ressources**

Des informateurs clés ont été identifiés par l'équipe selon la nature des informations à collecter.

C'est ainsi que les personnes suivantes ont été interviewées :

- La Directrice de la Santé de la Reproduction ;
- Le Directeur du SNIS ;
- Le Directeur de la Pharmacie, des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle ;
- Le Directeur des Etudes et de la Planification ;
- Le coordonnateur de la Coordination Intersectorielle de Lutte Contre le SIDA ;
- La Directrice de l'ONPPC ;
- La Représentante et le Point Focal SR au niveau de l'UNFPA ;
- Le Directeur Général de Centralpharm (Laborex Niger).

### **c) Structures visitées**

Pour les visites de terrain, trois équipes ont été constituées suivant les axes décrits plus bas. La détermination des sites à visiter a tenu compte de plusieurs facteurs comme la volonté de couvrir tout le pays, d'éviter des localités déjà retenues lors des études et enquêtes récentes dans le domaine de la SR.

C'est ainsi qu'ont été visitées les structures suivantes :

- Des directions centrales des Ministères de la santé, de la population et de l'Economie et Finances ;
- Quatre (4) centrales d'achat des médicaments (ONPPC, SAPHAR, PHARMATEC et Centralpharm), 4 dépôts régionaux des médicaments dont 2 privés (pharmatech et Multi M) et 2 dépôts de zones de l'ONPPC (Zinder et Tahoua) ;
- Les Huit (8) directions régionales de la santé publique du pays ;
- Neuf (9) pharmacies populaires ;
- Seize (16) Districts sanitaires ;
- Onze (11) Centres de Santé Intégrés ;
- Des structures privées non lucratives comme l'ANBEF, le Marketing social ;
- UNFPA.

### **(Voir liste en Annexe)**

Ces visites de sites ont concerné toutes les localités du pays identifiées par le comité technique SPSR. Il s'agit principalement des points de prestation de service de SR (Centres de Santé Intégrés, services spécialisés et équipes cadres de districts), le magasin central de l' ONPPC ainsi que ses différentes succursales ou dépôts de zones, les grossistes privés, les points de distribution des produits de la SR (Dépôts régionaux



privés, pharmacies populaires et privées, pharmacies à usage intérieur et hospitalières), certaines directions centrales du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endémies, des Directions des Ministères connexes comme la Population, le développement social, l'Economie et finances etc. et des ONG et Associations intervenants dans le domaine de la Santé de la Reproduction aussi bien au niveau central que périphérique.

#### **d). Eléments évalués**

L'évaluation s'est faite en tenant compte de l'outil RHCSAT adapté au contexte nigérien par le comité technique SPSR.

Il s'agit des composantes essentielles suivantes :

1. Contexte ;
2. Coordination ;
3. Engagement ;
4. Produits ;
5. Utilisation du client et demande ;
6. Capital (Financement) ;
7. Capacité ;
8. Implication du secteur privé ;
9. Suivi/évaluation.

#### **e) Limites de l'étude**

Les limites de l'étude se résument à :

- L'insuffisance de données et de statistiques sur le financement de la santé de la reproduction de manière spécifique hormis la ligne budgétaire relative à l'achat des contraceptifs et les Plans d'Action Annuels ;
- L'insuffisance de données réelles de consommation des différents produits de la santé de la reproduction figurant sur la liste établie par le Niger ;
- Certaines données de terrain sont inexploitable (Insuffisances dans le remplissage des supports) ;
- La rétention d'information lors de la phase de collecte de données de terrain ;
- La non disponibilité de certaines sources d'informations (ressources humaines lors des interviews et des groupes de discussions dirigés) n'a pas permis de pouvoir pousser l'analyse concernant certaines questions ;
- Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) ne prend pas en compte la gestion logistique des produits SR.

## **V- RESULTATS DE L'ANALYSE DE LA SITUATION**

L'analyse des données collectées lors de la revue documentaire, des interviews individuelles et des groupes de discussions dirigées a permis d'aboutir aux résultats ci-dessous qui sont regroupés selon les composantes contenues dans l'outil.

## 5.1. Contexte

### Définition du contexte

C'est l'ensemble des facteurs contextuels (politiques, institutionnels, socio/culturels ou autres) qui affectent la capacité de l'individu à choisir, obtenir et utiliser à chaque fois qu'il en a besoin les produits de la SR.

### Description de la situation actuelle

L'analyse des données collectées sur le terrain et celles obtenues à partir de la revue documentaire relative à la situation démographique, économique et sanitaire déjà décrite ci-dessus nous donne les résultats suivants.

### Contexte politique

Il existe beaucoup de textes de lois, de documents de politiques et programmes élaborés en faveur de la santé de la reproduction au Niger :

- **La politique de la population** élaborée et adoptée en 1992 avait pour objectif la mise en adéquation des ressources avec la croissance démographique du pays. Cette politique est actuellement en cours de réactualisation avec **la Déclaration du Gouvernement en matière de politique de population (DGPP) adoptée en 2007**, qui réaffirme que : « *le droit à la Santé de la Reproduction est garanti à tout être humain tout au long de sa vie, en toute situation et en tout lieu en tant que droit universel. De même tout individu, tout couple a droit à l'information, à l'éducation et aux moyens nécessaires concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances. Enfin tout individu et tout couple a le droit d'accéder à des services de proximité, sûrs, efficaces, abordables et accessibles, et tout couple légalement marié a le droit de procréer et est libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'il le désire en prenant en compte les capacités de garantir les droits de l'enfant* » ;
- **La loi sur la santé de la reproduction** élaborée et adoptée en juin 2006 (Loi N°2006-16 du 21 juin 2006) à l'initiative des parlementaires s'intègre dans le contexte régional. Cette loi, tout en réaffirmant les principes énumérés dans la DGPP, précise les responsabilités de l'Etat, des Collectivités, des Groupements Communautaires, les personnes morales et les individus dans la promotion de la santé de la reproduction ;
- **La politique pharmaceutique nationale** a été élaborée et adoptée en mars 1995 avec pour but de faire du médicament un outil de promotion de la santé en général, de prévention et de lutte contre la maladie en particulier ;

- **L'ordonnance 97-002 du 10 Janvier 1997 portant législation pharmaceutique** et son décret d'application 97-301/PRN/MSP du 6 Août 1997. Cette loi organise, réglemente le secteur et toutes les professions pharmaceutiques ;
- **L'ordonnance 88-19 du 7 Avril 1988, autorisant la pratique de la contraception** et le décret 88-129/PCMS/MSP/AS du 7 Avril 1988 spécifiant les modalités d'application de cette ordonnance. Ces textes autorisent l'usage des méthodes modernes de contraception et précisent les conditions et les agents habilités à fournir ces prestations.

La pratique de la contraception comme tout acte médical requiert une certaine expérience. C'est ainsi que la pose et le retrait du DIU et du norplant est une pratique réservée à tout prestataire formé. Les autres méthodes (contraceptifs oraux, injectables et méthodes de barrières) peuvent être pratiquées par tous les agents de santé. Cette ordonnance abroge la loi de 1920 interdisant la pratique de la contraception dans les colonies françaises et les territoires d'outre mer.

- **La stratégie de la réduction de la pauvreté** élaborée et adoptée en 2002. Outil de planification et de programmation le document de SRP a entre autres composantes de Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base ; (Garantir une bonne gestion du développement à travers « la promotion de la bonne gouvernance, le renforcement des capacités humaines et institutionnelles et la décentralisation). Ce document, qui est actuellement en cours de révision, accordait peu de place aux aspects liés à la promotion de la santé de la reproduction et aux problèmes démographiques ;
- **Le Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010** élaboré et adopté en février 2005, s'inspire des « *Orientations Stratégiques pour le Développement Sanitaire de la Première Décennie du 21ème Siècle 2002-2011* » et de *La politique Sectorielle de Santé* élaborée et adoptée en juillet 1995. Son objectif général 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. Le PDS accorde une place privilégiée à la santé de la reproduction dans ses volets santé de la femme et de l'enfant et dans ses composantes nutrition, planification familiale, lutte contre le VIH SIDA et les IST ; la disponibilité des médicaments en mettant à la disposition des populations des MEG de qualité à un prix abordable par l'amélioration des outils de production, le système d'approvisionnement et de la distribution.
- **Le Programme National de Santé de la reproduction 2005-2009,**

Le document fait d'abord une analyse de la situation qui révèle entre autres :

- une très faible disponibilité des structures assurant les soins obstétricaux d'Urgence (SOU) ;
- une très faible utilisation des services SOU avec une prise en charge des complications obstétricales de seulement 4.4% alors que les accouchements assistés par un personnel qualifié ne sont que de l'ordre de 12%;

- une insuffisance de ressources, surtout humaines, et d'organisation des services ;
- une persistance de la faible prévalence contraceptive qui n'est que de 5 % en 2006.

Afin de faire face à ces défis, le Programme se fixe les objectifs suivants :

- Accélérer la baisse de la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale ;
  - Contribuer à la maîtrise de la croissance démographique par la promotion de la planification familiale ;
  - Promouvoir la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents ;
  - Contribuer à maintenir une séroprévalence du VIH inférieure à 1% ;
- **La politique Nationale en matière de genre** a été élaborée en 2006 pour servir de cadre de référence pour la réduction des inégalités entre les sexes. Le processus de validation est en cours. Cette politique contribuera entre autres à garantir l'accès équitable aux services de santé de la reproduction ;
  - **Le cadre stratégique National (CSN) de Lutte contre les IST/VIH/SIDA 2002-2006**, actuellement en cours de révision contient les orientations, les objectifs, les stratégies et les actions de lutte contre les IST/VIH/SIDA au Niger. Ce programme réserve une place importante à la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant et à l'approvisionnement et à la promotion de l'utilisation du condom. **L'Initiative Nigérienne d'Accès aux Anti-Rétroviraux (INAARV)**, issue du CSN, a des liens directs avec la promotion de santé de la reproduction. Cette initiative a pour objet d'accroître l'accessibilité aux ARV.

## Contexte institutionnel

### • Les organes et attributions

Les structures intervenant dans l'approvisionnement des produits de santé de la reproduction sont : la Direction de la Santé de la Reproduction (DSR), la Direction des Pharmacies des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPHL/MT), l'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques du Niger (ONPPC) et ses démembrements (Dépôts régionaux, Pharmacies populaires), le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), le Privé lucratif (Centrales d'approvisionnement, pharmacies privées, cliniques privées) et non lucratif (ONG/Associations).

La Direction de la Santé de la Reproduction (DSR) a la responsabilité de concevoir, coordonner la mise en œuvre et le suivi/évaluation des politiques et programmes en matière de la santé de la reproduction sur l'ensemble du territoire national. A ce titre et en collaboration avec la DPHL/MT, elle a la responsabilité de rendre disponibles et accessibles les produits SR à tous les niveaux.

La Direction des Pharmacies des Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle (DPHL/MT) a la responsabilité de la conception et la mise en œuvre de la politique nationale en matière des médicaments.

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques du Niger (ONPPC) et ses démembrements (Dépôts régionaux, Pharmacies populaires), ont pour mission l'achat, le stockage, la distribution des médicaments essentiels génériques de qualité et à moindres coûts, des consommables médicaux, des spécialités pharmaceutiques et réactifs de laboratoires sur l'ensemble du territoire national.

Le Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX) assure le contrôle de qualité des médicaments, produits et denrées alimentaires. Centre collaborateur de l'OMS, il est à caractère régional et assure la formation du personnel et la recherche.

Le Privé lucratif (Centrales d'approvisionnement, pharmacies privées, cliniques privées) contribue dans l'approvisionnement et à la distribution en médicaments et consommables médicaux dans le pays.

Le privé non lucratif (ONG/Associations) appuie l'approvisionnement, stockage et la distribution des produits SR.

Les Partenaires Techniques et Financiers accompagnent le pays dans la mise en œuvre du Programme SR à travers le renforcement des capacités, l'approvisionnement en produits SR.

- **Les textes réglementaires**

- L'arrêté N°0050/MSP/DPHL du 23 février 1998, interdit la publicité grand public sur les produits pharmaceutiques. Cette mesure vise à limiter la prolifération des médicaments de la rue, l'automédication et sécuriser les populations utilisatrices ;

Par ailleurs, selon les informations recueillies sur le terrain, les médicaments essentiels, les réactifs et consommables médicaux sont exonérés de toutes taxes douanières. Toutefois, l'importation des médicaments et autres produits médicaux est sujette à l'obtention d'une autorisation d'importation et d'enlèvement délivrée par la DPHL/MT. Mais il faut que le produit soit préalablement enregistré au Niger par l'obtention d'un visa ou Autorisation de Mise sur le Marché (Arrêté N°00101/MSP/DPHL/PT du 03 avril 1998, déterminant les éléments constitutifs d'une demande d'Autorisation de Mise sur le Marché et la Décision N°178/MSP/DHL/PT du 1<sup>er</sup> novembre 2000, portant nomination des membres du Comité de Sélection des Médicaments). Cette autorisation est délivrée aux personnes et structures physiques ou morales agréées comme : les centrales d'achat des médicaments, les pharmacies, les ONG et Associations à but non lucratif, les institutions de recherche, les institutions internationales et intergouvernementales, ainsi que certaines formations sanitaires. Toutes ces dispositions permettent une meilleure réglementation du secteur pharmaceutique et particulièrement la lutte contre le marché illicite et les médicaments contrefaits.

Tous les produits de la SR figurent sur la liste des médicaments essentiels du Niger qui est normalement révisée tous les 2 ans ;

- L'arrêté N°152/MSP/DPHL/PT/DSR du 31 juillet 2001, portant fixation des prix de cession des contraceptifs et préservatifs dans le cadre du recouvrement de coûts. Avant cet arrêté, les contraceptifs étaient gratuits au Niger. Cette disposition est devenue caduque depuis l'instauration de la gratuité de ces produits en application de l'arrêté N°65/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT du 07 avril 2006 ;

- Les différentes gratuités prônées sont mises en application à travers les textes réglementaires notamment :

- décret N° 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005, accordant aux femmes la gratuité de prestations liées aux césariennes fournies par les établissements de santé publics ;
- l'arrêté N°65/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT du 07 avril 2006, instituant la gratuité des contraceptifs et préservatifs dans les établissements publics de santé abrogeant expressément en son article 3 l'arrêté N°152/MSP/DPHL/PT/DSR du 31 juillet 2001 susvisé
- l'arrêté N° 0079/MSP/LCE du 26 avril 2006, portant gratuité de la consultation pré natale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans. Cette gratuité concerne les consultations curatives, les consultations préventives, les hospitalisations, les actes chirurgicaux, et les examens de laboratoire et radiologie. Elle s'étend à la fourniture de tous les médicaments et vaccins au besoin souligne l'article 5.

## **Contexte socioculturel**

L'analyse documentaire, les interviews des personnes ressources et les discussions de groupes ont fait ressortir les caractéristiques suivantes relatives au contexte socioculturel au Niger.

***Une population composée de plusieurs groupes sociolinguistiques :*** Haoussa, Zarma-Songhay, Touareg, Peul, Kanuri, Arabe, Gourmantché, Toubou, Boudouma. Plus de 95% de la population est de confession musulmane. Les autres religions sont : le christianisme, le Bah'i et d'autres croyances locales. La plupart disposent d'associations qui sont leur porte-voix auprès des autorités et de la société.

***Certains courants religieux sont défavorables à la Planification familiale, à la prévention des IST/VIH/SIDA.*** Bien que la tolérance religieuse soit la règle et que les différentes associations œuvrent constamment dans ce sens, il faut relever que certains courants religieux ont à plusieurs occasions manifesté contre la PF et l'utilisation du condom perçu comme facteur encourageant la débauche.

**La persistance des rumeurs sur les méthodes modernes de contraception et les vaccinations.** Beaucoup de personnes pensent par exemple que l'utilisation de la pilule rend stérile, donne le cancer, que le DIU se déplace, etc. Ces rumeurs limitent l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale.

**Une société caractérisée par une organisation sociale traditionnelle.** Elle fonctionne comme unité de production, de reproduction et d'échange. Son autorité est détenue, dans la plupart des sociétés nigériennes par un chef dénommé *windikoy* chez les Zarma-Songhay et *maigida* chez les Haoussa. Les rapports que les membres de l'unité familiale entretiennent entre eux sont régis par des rapports aînés/ cadets. Ils sont de ce fait inégalitaires.

Dans ce contexte, les femmes et les enfants sont les plus concernés. Dans l'imaginaire collectif traditionnel de ces sociétés, la femme est considérée comme un être inférieur à l'homme. La propriété foncière, qui est prévue dans la loi, est cependant rarement appliquée et parfois son avis compte peu en matière matrimoniale. La précocité du mariage est très fréquente et comporte parfois des risques sanitaires majeurs pour les concernées (fistule obstétricale).

Dans la tradition, avoir beaucoup d'enfants est signe de richesse, main d'œuvre et pouvoir. L'EDSN /MICS III rapporte un nombre d'enfants désirés de 8,8 chez les femmes et 11 enfants chez les hommes.

Par ailleurs, des **contraintes socioculturelles limitent l'accès aux soins de la population.** Les représentations populaires en matière de santé et de maladie influent sur l'accessibilité des populations aux structures de soins. Aussi bien pour la prévention que pour le traitement des maladies, les populations font généralement recours aux tradipraticiens avant de se rendre dans les formations sanitaires. Cette situation est beaucoup plus accentuée lorsqu'il s'agit des maladies dites à étiologies magico religieuses.

Cependant sous les actions des programmes en cours, des ONGs et de certaines associations féminines, **des avancées significatives dans le sens de l'amélioration de la condition de la femme sont perceptibles.** Certaines ONGs religieuses sont aujourd'hui actives dans la promotion des droits de la femme, la loi SR a été adoptée, une politique nationale genre a été adoptée, la ratification de la CEDEF,

**Les in équités liées au genre** sont également identifiées parmi les obstacles culturels à la fréquentation d'une structure de santé. En effet, la présence des praticiens hommes dans les CSI de brousse dans le domaine des questions gynéco obstétricales est perçue comme une contrainte fondamentale. Il y a aussi le décalage intergénérationnel qui influe négativement sur l'accessibilité des grandes multipares. Celles-ci sont gênées de se faire consulter par le jeune infirmier ou la jeune sage femme du village qui se trouve être l'ego de leur fils ou de leur fille.

- **Menaces**

- Prolifération des marchés illicites des médicaments ;
- Insuffisants des produits alloués à la SR ;
- Contextes socio culturels.

**a) Points forts**

- 1 Existence d'une loi sur la santé de la reproduction élaborée et adoptée en juin 2006 (Loi N°2006-16 du 21 juin 2006) ;
- 2 Existence de l' Ordonnance N°88-89 du 7 avril 1988 et son décret d'application N°88-129/MSP/AS ;
- 3 Les médicaments essentiels, les réactifs et consommables médicaux sont exonérés de toutes taxes douanières ;
- 4 la publicité grand public sur les produits pharmaceutiques est interdite (arrêté N°0050/MSP/DPHL du 23 février 1998) et cette mesure permet de limiter la prolifération des médicaments de la rue, limite l'automédication, sécurise les populations utilisatrices etc.) ;
- 5 La plupart des politiques ci-dessus sont soutenues par des programmes ;
- 6 La liste nationale des médicaments essentiels existe et prend en compte l'essentiel des produits de la santé de la reproduction y compris les contraceptifs et anti retro viraux ;
- 7 Il existe des mécanismes de régulation des prix de médicaments ;
- 8 L'existence d'une politique nationale genre ;
- 9 Existence d'une stratégie nationale PTME. Elle s'intègre dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH/SIDA surtout la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. C'est ainsi qu'un algorithme de prise en charge a été élaboré prenant en compte la névirapine comprimé et suspension buvable et le Zidolam (Zidovudine/Lamivudine). C'est ainsi qu'on note l'ouverture progressive des centres PTME dont on enregistre actuellement 82 à travers le pays;
- 10 Existence d'un centre de formation, prise en charge des complications de grossesse à Zinder ;
- 1 Existence d'un PDS 2005- 2010 adopté en conseil des ministres du 18 février 2005 : Cadre de référence pour toutes les interventions sanitaires et partenaires techniques et financiers ;



- 2 Existence du PHI au niveau des districts sanitaires, CHR, HN pour la prise en charge des enfants 0-5 ans ;
- 10 Pleine implication de certains leaders religieux dans les actions de promotion de la santé de la reproduction.

#### **b) Points faibles :**

- 1 Existence d'un marché illicite des médicaments ;
- 2 Les fonds mobilisés pour l'achat des produits SR à travers la ligne budgétaire sont encore insuffisants ;
- 3 Les documents de politiques, normes et procédures en SR élaborés ne sont disponibles que dans certaines formations sanitaires;
- 4 Un taux faible de scolarisation en général 53,5 % dont 62,9% pour les garçons 44,1%<sup>8</sup> pour la jeune fille ;
- 4 On enregistre des facteurs pro natalistes (main d'œuvre, polygamie...);
- 4 Une insuffisance de vulgarisation des lois et textes réglementant la SR ;
- 4 Une insuffisance de la participation communautaire dans la promotion de la SR.

#### **c. Opportunités**

- 4 Adhésion des autorités religieuses et coutumières ;
- 4 Cadre institutionnel favorable à la SR ;
- 4 Disponibilité des PTF à accompagner le PDS ;
- 4 Existence des différents projets et programmes.

#### **d. Recommandations**

- 4 Allouer des fonds conséquents pour la multiplication et la diffusion à tous les niveaux les documents de politiques, normes et procédures spécifiques qui sont élaborés ;
- 5 Renforcer les lignes budgétaires spécifiques sur la SR et accorder une attention beaucoup plus soutenue aux produits de la SR ;
- 6 Réviser la liste nationale des médicaments essentiels (LNME) ;
- 7 Elaborer et adopter le code de la santé publique ;
- 7 Accélérer le processus de révision des normes et procédures qui prennent en compte la composante SSRAJ ;
- 7 Vulgariser les textes législatifs et réglementaires sur la SR et la gratuité des produits SR ;

---

<sup>8</sup> Rapport MEBA 2006

- 7 Mettre en place un mécanisme d'accompagnement et de pérennisation de la gratuité.

## **5.2. Coordination**

### Définition

C'est la coordination des actions des parties prenantes (Etat, partenaires techniques et financiers, secteur privé, Associations, collectivités, communauté) aux différents niveaux (national, régional et périphérique) pour aboutir à la SPSR.

Cette section répond au besoin de coordination des parties prenantes aux différents niveaux pour aboutir à la SPSR.

- **Description de la situation actuelle**

#### **Au niveau national**

Les données issues des revues documentaires et des interviews montrent qu'il n'existait pas de cadre spécifique chargé de la coordination des actions relatives à la SPSR au niveau national. Toutefois, un certain nombre de structures et cadres existent permettant de prendre en charge ces questions mais pas de façon suffisamment concertée et coordonnée. On notera l'existence d'une direction nationale de la santé de la reproduction chargée de la coordination des activités relatives à la SR avec la mise en place d'un comité national chargé de la coordination et du suivi du Plan National de Sécurisation des Produits SR par arrêté N°0041/MSP/DSP/DSR du 23 Juin 2006.

Il existe un cadre de coordination des PTF, fonctionnel avec des réunions mensuelles où des questions de SR peuvent être traitées.

On relèvera également l'existence d'un Institut National de Statistique et d'un système national d'information sanitaire qui fournissent périodiquement des données démographiques et sanitaires relatives à la SR.

Il est également mis en place un cadre de coordination pour certains domaines connexes à la sécurisation des produits SR comme le CCM (Country Coordinating Mechanism) pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Les ONGs et Associations intervenant dans le secteur de la santé sont organisées au sein d'un Réseau des ONG/Associations du Secteur de la Santé au Niger (ROASSN), qui dispose d'une expérience dans le domaine de la coordination des acteurs de la société civile du secteur.

Il faut toutefois relever l'inexistence de cadre formel de coordination entre les acteurs du secteur public et ceux du secteur privé et au sein du secteur privé et que la coordination des activités relatives à la SPSR n'est pas systématique avec des comités non fonctionnels en dehors des régions bénéficiant de l'appui de partenaires sûrs.

## **Niveau régional**

Il existe au niveau de chaque région une Direction Régionale de la Santé Publique avec un service SR comprenant le PEV, le paludisme, la PTME, la nutrition, la PCIME, la santé maternelle et la PF ainsi qu'un service de Programmation et d'Information Sanitaire qui est un démembrement du SNIS. Ces services assurent la coordination des actions relatives à la SR au niveau des régions. A ce niveau, sont tenues des réunions semestrielles de coordination regroupant la DRSP, les Districts, les PTF, les représentants du ministère, les autorités administratives et coutumières, les secteurs privés, les ONG et associations intervenants dans le domaine et les représentants des communautés.

L'assemblée régionale de santé et les réunions avec les partenaires dans toutes les régions offrent des opportunités de discuter des problèmes de santé y compris ceux relatifs à la SR.

Au cours des interviews, il est ressorti de manière générale, dans toutes les structures visitées, le manque d'un cadre spécifique de coordination des activités SPSR. Cependant il existe des spécificités :

- Dans la région de Zinder, un embryon de coordination sur la sécurisation des produits de SR est initié. La coordination est faite entre la DRSP, l'Equipe des formateurs en SONU de la maternité centrale de Zinder, le Responsable du dépôt régional ONPPC et le Conseiller technique du projet SR Zinder basé à la DRSP ;
- A Agadez, les questions SR sont prises en compte au niveau du comité pluridisciplinaire de lutte contre les maladies. Toutes les couches sociales sont représentées. L'UNFPA, UNICEF, la société civile et les autres ONG souhaitent une coordination dans le domaine des IST/VIH/SIDA.

## **Niveau district**

Il existe au niveau de chaque District Sanitaire, une équipe cadre de district composée de 2 médecins, un épidémiologiste, un gestionnaire et un communicateur qui coordonne toutes les activités au niveau du district y compris celles de la SR.

Le comité sous régional de santé issu de la communauté appuie l'ECD dans la planification et la mise en œuvre des activités du district y compris celles de SR. Des réunions trimestrielles de coordination et une Assemblée sous régionale semestrielle regroupant l'ECD, les chefs CSI, les membres de COGES, la DRSP et les PTF, les ONG et associations, des associations, des secteurs privés et les autorités administratives et coutumières sont tenues régulièrement.

Tout comme au niveau régional les interviews rapportent l'absence d'un cadre spécifique de coordination des activités SPSR. A ce niveau les spécificités sont :

- Au niveau du District Sanitaire de Tahoua, il existe un comité PTME, composé des responsables de 6 sites et de l'ECD. Seuls les agents de santé sont

représentés a ce comité. Dans le cadre de la lutte contre le SIDA un réseau des acteurs de lutte comprenant la CRLS, l'ANBEF, Siset NOMADE, MVS ;

- Dans le District Sanitaire de Mainé Soroa, la coordination entre le DS et la pharmacie populaire se fait par des relations interpersonnelles lors des commandes des médicaments soit pour la pharmacie populaire auprès du dépôt régional de Zinder, soit lors de la préparation de la commande des médicaments par les responsables de l'HD et du CSI urbain ;
- Au niveau du District Sanitaire de Tahoua, il existe un comité PTME, composé des responsables de 6 sites et de l'ECD. Seuls les agents de santé sont représentés a ce comité. Dans le cadre de la lutte contre le SIDA un réseau des acteurs de lutte comprenant la CRLS, l'ANBEF, Siset NOMADE, MVS.

### **Niveau communautaire**

Au niveau de chaque Commune, il est mis en place un comité de santé communal qui se réunit trimestriellement pour assurer l'approbation des micros plans des CSI de la Commune, leur suivi évaluation et l'approbation des comptes pour le CSI.

Au niveau de chaque CSI, il est mis en place un comité de santé qui se réunit trimestriellement pour assurer l'approbation des micros plans du CSI, leur suivi évaluation y compris le partenariat et le contrôle du RC.

A chaque niveau de pyramide sanitaire (niveau central, niveau régional et niveau opérationnel), il est mis en place un comité technique de santé chargé de l'élaboration, de la mise en œuvre et suivi évaluation des plans d'action.

Au niveau communautaire, l'aspect sécurisation des produits SR n'est pas pris en compte. Cependant, au niveau du CSI de Tchirozérine l'existence de groupe de travail (comité de soutien à la SR) constitué de femmes relais, de matrones et secouristes, a été rapporté avec une sous représentation des jeunes.

### **a) Points forts**

#### **Niveau Central**

- Erection de la Division de la Santé de la Reproduction en une Direction de la Santé de la Reproduction avec une Division de la Planification Familiale en son sein ;
- Création d'un comité national chargé d'élaborer un plan national de sécurisation des produits de la SR et d'un comité technique en son sein ;
- Existence de points focaux pour les activités de SR au niveau du Ministère de la santé (DSR, ONPPC et DPHL/MT), des régions avec les chefs de services santé de la reproduction/ DRSP et au niveau de certains organismes ;

- Existence d'une Unité de Lutte Sectorielle Santé et d'un comité sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA du MSP;
- Existence d'un guide de suivi/évaluation du PDS.

## **b) Opportunités**

- Existence d'un cadre de coordination et d'échanges entre le Ministère de la santé et les Partenaires Techniques et Financiers fonctionnel ;
- Existence de l'ONPPC et des centrales d'achat pour la sécurisation des produits SR ;
- Existence d'un système national d'information sanitaire qui a des démembrements dans tous les districts sanitaires avec des agents formés en technique de collectes de données et des équipements acceptables (radio BLU, logiciels de gestion EPI Info, le téléphone, supports de collectes et de suivi de données etc. ;
- Existence d'un cadre informel de concertation entre le MSP, APSP, ONPPC, et CNO/MPCD sur le secteur pharmaceutique.

## **c) Points faibles**

- Non formalisation du cadre de concertation entre le MSP/LCE à travers la DPHL/MT entre APSP ; ONPPC, CNO/MPCD sur le secteur pharmaceutiques ;
- L'absence d'un cadre formel de partenariat entre le public et le privé ;
- L'inexistence d'un cadre de partenariat entre les ONG / Associations et le secteur public ;
- Insuffisance de coordination entre l'ONPPC et ses démembrements et les formations sanitaires ;
- Les outils de gestion et de collecte de données ne sont pas toujours adaptés et disponibles sur le terrain (exemple : fiches de rapports trimestriels, fiches de stocks, inventaires etc.) ;
- Le système d'information sanitaire ne prend pas suffisamment en compte les aspects spécifiques à la SR ;
- Interventions encore verticales de certains donateurs malgré le cadre de concertation des PTF créé ;
- Insuffisance dans l'intégration des activités SR et VIH/SIDA.

## **Aux niveaux régional et sous régional**

### **a) Points forts**

- Existence d'un service de SR au niveau régional ;
- Existence de cadre de coordination périodique (réunions de coordination, Assemblées régionales...);
- Existence de l'Equipe Cadre de District ;
- Existence des comités régionaux et sous régionaux de santé

### **b) Points faibles**

- Non implication des acteurs d'approvisionnement en produits SR (pharmaciens) dans les régions lors des réunions périodiques de concertation sauf les zones d'intervention de UNFPA et UNICEF;
- Irrégularités des réunions de coordination par manque de financement.

### **c) Opportunités**

- La décentralisation (élus locaux) ;

## **Au niveau communautaire (CSI et Case de santé)**

### **a) Points forts**

- Existence de comités de santé villageois ;

### **b) Points faibles**

- Non fonctionnalité de certains comités.

### **c) Opportunités**

- Existence de radios communautaires.

## **Recommandations**

- Intégrer les indicateurs SR spécifiques au suivi de la sécurisation dans les supports SNIS en cours de révision;

- Renforcer les mécanismes de coordination entre les structures décentralisées de l'ONPPC, le privé pharmaceutique et les formations sanitaires au niveau régional et sous-régional dans le cadre de la sécurisation des produits SR.

### **5.3. Engagement**

#### Définition

Il s'agit d'une politique de soutien et un environnement de régulation, un capital suffisant et des capacités humaines nécessaires pour répondre aux besoins des clients. C'est donc l'engagement politique et la capacité de faire un plaidoyer en faveur de la SPSR par une approche multisectorielle.

#### **Description de la situation actuelle**

Les documents consultés et l'analyse de données recueillies sur le terrain ont permis d'apprécier le degré d'engagement du Niger à travers les textes et traités internationaux dans le domaine, l'élaboration et adoption des lois, politiques, programmes et des mesures en la matière.

Par rapport aux souscriptions aux textes internationaux, il faut citer entre autres :

- La Déclaration d'Alma Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaires (SSP), ce qui a affecté notablement les orientations stratégiques de la politique nationale. L'une des 8 composantes des SSP porte sur la promotion PF en vue de réduire la mortalité maternelle et infantile ;
- La Déclaration de Lusaka de 1985 sur le scénario de développement à trois phases avec la mise en œuvre du district sanitaire (Niveau central, ou de conception, niveau intermédiaire et le niveau opérationnel) ;
- L'Initiative de Bamako en 1987, prise par le Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique pour accélérer la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires au niveau des districts sanitaires ;
- La Conférence Internationale sur la population et le Développement en 1994 où les gouvernements du monde entier ont reconnu que l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour tous et la protection des droits en matière de reproduction étaient des stratégies essentielles pour améliorer la vie de tous les gens ;
- La convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme (CEDEF) a été ratifiée par l'ordonnance N°99-30 du 13 août 1999, avec des réserves. Ces réserves portent essentiellement sur les droits à la succession, la modification des schémas de comportement socioculturel, le droit de choisir sa

résidence et son domicile qui ne concerne que les femmes célibataires, les droits et responsabilité au cours du mariage et de sa dissolution, le choix du nombre d'enfants ainsi que de son nom de famille. Selon le législateur, ces réserves se justifient pour tenir compte des pratiques actuellement en vigueur au Niger et qui, de part leur nature, ne peuvent être modifiées qu'au fil du temps et de l'évolution de la société ;

- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont l'objectif 3 l'un des objectifs est de réduire de  $\frac{3}{4}$  la mortalité maternelle et de  $\frac{2}{3}$  la mortalité des enfants de moins de 5 ans par rapport aux taux actuels et un autre combattre le VIH SIDA, le paludisme et les autres objectifs ;
- La Vision 2010 qui est une initiative des Premières Dames Africaines vise comme objectif général d'Améliorer la santé maternelle et la survie du nouveau-né ;
- La Feuille de Route dont l'objectif est de Réduire de 75% le ratio de mortalité maternelle et de 50% le taux de mortalité néonatale d'ici à 2015 ;
- Roll Back Malaria ou faire reculer le paludisme avec un cadre stratégique paludisme élaboré ;
- Le plan d'Action de Maputo (Mozambique, 2006), a réuni plusieurs ministres de la Santé de l'Union Africaine qui se sont engagés à adapter leurs plans nationaux relatifs à la SR en général et à la SPSR en particulier à ce Plan.

Par rapport à l'élaboration et adoption des lois, politiques, programmes et des mesures sur la SR, il faut souligner :

- L'Appel de Matameye du 4 Février 1985, reflétant l'engagement du chef de l'état en faveur de la planification familiale afin de faire face aux problèmes sociodémographiques ;
- Le Programme National d'Auto encadrement Sanitaire fut développé en donnant priorité au milieu rural, dans le cadre du développement des Soins de Santé Primaires ;
- Un centre national de santé familial (CNSF) fut créé en 1984, puis transformé en CNSR en 1994. C'est un centre de référence pour la PF ;  
Pour donner un poids au programme de planification familiale, une Direction de la Planification Familiale fut créée en 1988 ;  
Face aux nombreux obstacles rencontrés, la conférence « Femmes, Islam et Planification Familiale » a beaucoup contribué à l'implication des religieux qui se sont engagés à soutenir les actions de promotion de la PF ;



- **La Déclaration du Gouvernement en matière de politique de population (DGPP) adoptée en 2007**, réaffirme l'engagement du gouvernement à garantir le *droit à la Santé de la Reproduction* ;
- **La loi sur la santé de la reproduction** élaborée et adoptée en juin 2006 (Loi N°2006-16 du 21 juin 2006), traduit l'engagement des parlementaires (initiateurs de la loi), des associations féminines et religieuses et du gouvernement d'œuvrer pour assurer les droits fondamentaux des individus et des couples en matière de santé de la reproduction ;
- L'Objectif général du PDS qui fait de la réduction de la mortalité maternelle et infantile juvénile traduit l'engagement fort du gouvernement ;
- L'engagement de la société civile en faveur de la SR se traduit par la création des ONG et Associations qui mènent des actions dans le domaine. Ainsi, il faut noter la mobilisation de la société civile à travers l'Association Nigérienne de la Santé Publique (ANSP), DIMOL, Tunfa, Takkayt, Tchichit à Agadez et ANBEF, CONIPRAT, DIMOL, ANSP, MVS, SISET-Nomade à Tahoua ;
- L'état a adopté une politique nationale genre dans le souci de réduire les inégalités et inéquités liées au genre, qui se traduit au niveau opérationnel par la mise en œuvre d'un projet Initiative Genre, regroupant 8 ministères.

La mise en œuvre de ces engagements se traduit, entre autres, par :

- Le repositionnement de la planification Familiale ;
- La volonté de mettre en place cinq centres de formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence : Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua et Zinder qui est déjà opérationnel;
- La gratuité de certaines prestations de la SR (césariennes, les soins des enfants de 0 à 5 ans, la consultation pré natale, les préservatifs et les contraceptifs etc.) consacrée par des textes réglementaires;
- La création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des contraceptifs ;
- La mise en œuvre des campagnes de communication en VIH/SIDA/SR. C'est ainsi qu'à Agadez, il a été signalé la mise en œuvre de campagne radiophonique avec l'appui de l'UNFPA et de l'UNICEF ;

On note un engagement fort et visible des partenaires à soutenir les efforts du gouvernement dans la promotion de la santé de la reproduction. Cela se traduit par le financement et l'assistance technique dans la mise en œuvre du PDS, du PNSR, du Programme multisectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA.

### **a) Points forts**

- L'engagement aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- L'existence de la SRP qui est un document de référence du gouvernement en matière de planification – programmation;
- L'élaboration et l'adoption de documents tels que : le Plan de Développement Sanitaire du Niger pour la période 2005-2010, le Programme National de Santé de la Reproduction, la Feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, etc.
- Existence d'une Direction de la Santé de la Reproduction ;
- la gratuité de certaines prestations de la SR (césariennes, les soins des enfants de 0 à 5 ans, la consultation pré natale, les préservatifs et les contraceptifs consacrée par les textes réglementaires ;
- la création d'une ligne budgétaire spécifique pour l'achat des produits de la SR.

### **b) Opportunités**

- Engouement de la communauté internationale en faveur de la SPSR ;
- Existence du fonds commun pour le PDS ;
- Existence des radios communautaires.

### **c) Points faibles**

- La société civile (ONG, Organisations de femmes, etc.) est faiblement impliquée dans les activités de SR;
- La couverture médiatique est trop coûteuse;
- Non traduction des engagements pris en actions concrètes tel que entre autres l'accès aux médias ;
- Insuffisance dans la vulgarisation des documents cadre auprès des acteurs de terrain (PNSR, normes et procédures en SR, loi sur la SR etc.) ;
- Engagement des leaders est timide ;

- Certaines couches sociales surtout les démunies ne sont pas représentées au sein de la société civile pour le plaidoyer en faveur de la SR;
- Faible médiatisation des activités SR à l'exception du Sida.

### **Recommandations**

- Consacrer au moins 15% du budget national au financement de la santé, la part actuelle est estimée à 9,53%<sup>9</sup> en 2007;
- Faciliter l'accès aux médias publics et privés pour les activités de communication dans le cadre des engagements pris pour la promotion de la SR;
- Prendre en compte tous les aspects de la SR dans l'utilisation des radios de proximité ;
- Accélérer la validation et la mise en œuvre du programme de communication SR ;
- Amener la société civile à s'impliquer pleinement dans les activités de SR ;
- Assurer la vulgarisation effective des textes en faveur de la SR.

## **5.4. Capital/Financement**

### Définition

C'est l'ensemble de financement courant et potentiel pour les produits de la SR à travers le gouvernement, les donateurs ainsi que les parties tierces. Il examine les tendances de financement (financements actuels et futurs) ainsi que l'évaluation de leur efficacité pour assurer la disponibilité des produits aux clients qui en ont besoin.

### **Description de la situation actuelle**

Les données recueillies lors de la collecte n'ont pas permis d'avoir une situation significative et spécifique du financement des produits de la santé de la reproduction au Niger.

Les différents tableaux exposés ci-dessous permettent d'avoir une idée des sources de financements du secteur de la santé à travers les comptes nationaux de santé 2007 et d'avoir une idée de la part du financement de la santé de la reproduction dans le financement total du PDS à travers le Plan d'Action Annuel 2007. Un troisième tableau permet d'avoir une idée sur le financement des condoms au Niger à travers des données compilées par le Marketing social du condom.

---

<sup>9</sup> Loi des Finances 2007

**Tableau 4 : Part des principaux acteurs dans le financement de la santé en 2004 au Niger**

Sources de financement	Montant en FCFA	Pourcentage
PTF	13,087,871,210	21,59
ONG	17,557,306	0,03
Etat	19,235,668,101	31,72
Collectivités territoriales	17,644,148	0,03
Ménages	27,196,889,251	44,85
CNSS	56,096,114	0,1
Autres	1,029,159,984	1,7
<b>Total</b>	<b>60,640,886,114</b>	<b>100</b>

Source : DEP/MSP/LCE, Comptes nationaux de santé, exercice 2004, édition août 2006

Le tableau ci-dessus montre qu'en dépit de la faiblesse de leurs revenus (63% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté et 35% en dessous de l'extrême pauvreté), les ménages nigériens demeurent les premiers financeurs de la santé. En effet, les paiements effectués par ces derniers en 2004 se sont élevés à 44,85% de la dépense nationale de santé. L'Etat malgré la priorité accordée au secteur de la santé dans sa stratégie de réduction de la pauvreté n'a financé que 31,72% de la dépense nationale de santé en 2004.

On remarque qu'après les ménages et l'état, les (PTF) occupent la troisième place (21,58%) dans le financement de la santé.

La contribution des autres acteurs (ONG, CNSS, employeurs privés, collectivités territoriales) demeure faible (1,85% du total des dépenses nationales de santé).

Quant aux collectivités territoriales (locales), leur participation est relativement marginale (0,03% de la dépense nationale de santé en 2004) alors qu'elles devraient contribuer à au moins 10% de leur budget dudit budget.

**Tableau 5 : Sources de financement du PAA 2007 de la santé selon les intervenants**

Sources de Financement	Total Pays	Niveau Centra.	DRSP&DS
<i>Etat</i>	21 950 135 957	16 756 522 531	5 193 613 426
<i>Fonds com</i>	13 583 752 300	6 086 914 575	7 496 837 725
<i>Fonds Propres, Com., Coll., Recouvr couts</i>	4 784 213 925	2 582 379 682	2 201 834 243
<i>Fonds mondial</i>	4 711 762 023	2 361 306 389	2 350 455 634
<i>UNICEF</i>	4 019 196 755	1 398 882 012	2 620 314 743
<i>OMS</i>	3 214 763 984	1 293 376 532	1 921 387 452
<i>Santé FAD 2</i>	2 399 072 358	774 839 700	1 624 232 658
<i>CTB</i>	1 757 601 795	254 478 000	1 503 123 795
<i>ONG</i>	1 623 170 931	516 042 095	1 107 128 836
<i>USAID</i>	1 269 133 410	1 229 342 925	39 790 485
<i>UNFPA</i>	1 237 097 232	295 468 100	941 629 132
<i>MAP</i>	1 189 382 609	594 242 302	595 140 307
<i>U. Européenne</i>	900 690 500	554 444 500	346 246 000
<i>Cooperation Italienne</i>	617 420 000	617 420 000	-
<i>Gavi</i>	333 901 252	75 332 366	258 568 886
<i>JICA</i>	136 200 000	131 000 000	5 200 000
<i>PAM</i>	116 371 420	88 371 420	28 000 000
<i>BM (grippe aviaire)</i>	63 584 100	42 973 002	20 611 098
<i>DANIDA</i>	46 351 160	46 351 160	-
<i>LUCOP</i>	42 000 000	-	42 000 000
<i>Autres</i>	2 320 922 031	1 357 236 302	963 685 729
<b>Total</b>	<b>66 316 723 742</b>	<b>37 056 923 593</b>	<b>29 259 800 149</b>

Source : Synthèse PAA 2007, CNS 2007

Le tableau ci-dessus résume les sources de financement comme indiquées dans les différents PAA ayant servi de base aux travaux du Comité National de santé. Bien qu'incomplet, ce tableau montre que le financement du Plan d'action de la santé reste largement tributaire des financements extérieurs (plus de 55%) du total. Certains partenaires ont annoncé des budgets plus importants que les montants repris dans le tableau ci-dessus.

**Tableau 6 : Financement du PAA 2007 de la santé selon les composantes du PDS**

CFA	Projet PAA 2007	
Program 1	16 412 553 354	25%
Program 2	12 309 186 865	19%
Program 3	1 771 485 954	3%
Program 4	660 114 275	1%
Program 5	10 208 141 254	15%
Program 6	10 854 657 173	16%
Program 7	5 771 536 644	9%
Program 8	8 329 048 224	13%
<b>Total</b>	<b>66 316 723 743</b>	<b>100%</b>

Source : Synthèse PAA 2007, CNS 2007

La Santé de la Reproduction, 2<sup>ème</sup> programme du PDS, représente 19% du financement de la santé d'après le PAA 2007 comme l'indique le tableau ci-dessus. Ce tableau reflète l'importance accordée par le Gouvernement au financement des actions relatives à la santé de la reproduction. Bien que ce tableau n'indique pas la part réservée aux produits SR, il est à supposer qu'ils y occupent une place importante. Bien que les données du Tableau ne le fassent pas ressortir, une observation sommaire des intervenants dans le domaine font ressortir qu'en plus de l'Etat, l'UNFPA, L'UNICEF,

l'OMS, Le Projet FAD II, Les Fonds Communs, La Coopération Technique Belge, l'USAID et la KFW sont les principales sources de financement du secteur.

Ces données sont à mettre en relation avec le financement du Programme National de lutte contre le SIDA bien que ne donnant pas les détails des financements de certains produits SR (Les ARV et les condoms) donne une idée des sources des financements dans le domaine à travers le Tableau ci-dessous.

**Tableau 7 : Financement du PAA 2007 de la santé selon les composantes du PDS**

Institutions partenaires /	Montants en dollars, (dont part santé)	Montants en FCFA (en millions) 1\$ = 546 FCFA	Période couverte
Etat	636.000	347,3	2003-2006
MAP-IDA (Banque Mondiale)	25.000.000 (6.700.000)	13.650,0 (3.658,2)	2003-2008
KFW	4.685.407	2.558,2	2003-2007
GTZ/Alafia	42.000	22,9	2003-2006
SIDA3-CCISD	1.899.882	1.037,3	2002-2006
Lux Développement	4.009.367	2.189,1	2002-2004
USAID	540.000	294,8	2001-2004
Union Européenne	2.247.218	1.227,0	2002-2007
CARE Niger	2.194.979	1.198,5	2003-2006
UNICEF (1)	3.600.000	1.965,6	2004-2007
PNUD (1)	1.500.000	819,0	2004-2007
OMS (1)	500.000	273,0	2004-2007
UNFPA (1)	3.000.000	1.638,0	2004-2007
PAM (1)	2.000.000	1.092,0	2004-2007
ONUSIDA (1)	230.000	125,6	2004-2007
Fonds Mondial (FMLPTV)	11.968.331 (environ 5.000.000)	6.534,5 (2.730,0)	2004-2006
<b>Totaux</b>	<b>64.053.184</b>	<b>34.973,0</b>	<b>2001-2008</b>

Source : Coordination Intersectorielle de Lutte Contre le SIDA (CISLS).

La situation des financements des produits contraceptifs au Niger fait ressortir les principaux constats suivants :

- La coordination des financements des contraceptifs est inexistante dans le pays et ne permet pas d'avoir des données spécifiques sur les ressources financières

allouées aux contraceptifs par source de financement et par année y compris en 2007;

- Bien que les données collectées soient insuffisantes, il ressort clairement des entretiens que les sources potentielles de financement courant et futur pour les produits contraceptifs sont :
  - le Gouvernement, qui a créé une ligne budgétaire spécifique allouée à la SR en plus du budget régulier de l'Etat pour l'achat des médicaments, réactifs et consommables médicaux alloués aux formations sanitaires publiques ;
  - les Partenaires Techniques et Financiers dont l'UNFPA, L'UNICEF, l'OMS, Le Projet FAD II, Les Fonds Communs, La Coopération Technique Belge, l'USAID et la KFW etc...
- Jusqu'à une date récente et en attendant la mise en œuvre effective de la gratuité, le financement des produits SR se fait à travers le Recouvrement des coûts. Le recouvrement de coûts des soins, se fait selon les 3 modes suivants :
  - Le mode de paiement direct (tarifs de prestations forfaitaires arrêtés avant la mise en œuvre du système avec la communauté) ;
  - Le mode indirect avec une majoration sur la taxe des contribuables et le paiement d'un ticket modérateur en cas de maladies ;
  - Le tarif éclaté qui est intermédiaire aux 2 autres systèmes.

Un comité de gestion de la formation sanitaire gère les fonds de la vente des produits. Ces fonds générés par le RC sont utilisés normalement pour :

- Le renouvellement de stock de produits (médicaments) ;
- L'achat du gaz pour la stratégie avancée ;
- La gratification du gestionnaire (percepteur) et trésorier
- Le coût de transport en cas de ravitaillement du CSI en MEG ;
- L'achat du carburant pour la vaccination ;
- La gratification du gardien du CSI.

Il faut remarquer qu'au niveau du CSI, les dépenses obligatoires sont l'achat des produits et la gratification du trésorier et du percepteurs. Les autres dépenses ne sont éligibles que si le taux de recouvrement des coûts est supérieur à 110%. Par ailleurs, les autres charges supplémentaires sont prises en compte dans les lignes prévues par l'Etat comme le budget de fonctionnement et d'entretien.

Dans le cadre du recouvrement des coûts il y'a au niveau des HD et CSI, un comité de gestion de la formation sanitaire qui gère les fonds de la vente des produits. Les fonds générés par le RC sont utilisé pour payer les produits, acheter du gaz, les frais de gratification des membres du comité de gestion, le transport du président en cas d'achat du ravitaillement du CSI en MEG, l'achat du carburant pour la vaccination , la gratification du gardien du CSI.

Il faut remarquer qu'au niveau du CSI, les dépenses obligatoires sont l'achat des produits et la gratification du trésorier et du percepteurs. Les autres dépenses ne sont éligibles que si le taux de recouvrement des coûts est supérieur à 120%.

- Les données collectées du terrain rapportent que les acteurs estiment globalement que le financement des produits de SR n'est pas suffisant à l'heure actuelle. Cela se traduit notamment par la rupture périodique de certains produits SR ;
- En règle générale, les acteurs du terrain ont une connaissance relative des sources de financement des produits SR. Ainsi, les acteurs ont rapporté l'UNFPA, l'UNICEF, la CADEV, Aide aux lépreux, SOS Boîte de lait, la Cote d'Armor, Les Enfants de l'Air, Monaco Aide et Action, le Marketing social les Fonds communs, l'OMS, le projet Fad II, Etat. La Croix rouge, l'ANBEF, Magama, SOS SAHEL, Care international, Le Croissant rouge saoudien, MSF comme sources de financement connus au niveau du terrain.

#### **a) Points forts**

- Existence de lignes budgétaires (médicaments et consommables médicaux, contraceptifs) ;
- Existence du PDS dont le programme II relatif à la SR occupe la première place en tant que document d'orientation et de plaidoyer et engagement des partenaires pour son financement;
- Financement acquis pour l'achat de certains produits de la SR à sécuriser comme les anti retro viraux, les réactifs par le programme SIDA et cela jusqu'en 2008 a travers le Fond Global et la Banque Mondiale ;
- Processus en cours pour l'élaboration d'un plan national de sécurisation des produits SR ;
- Existence d'un cadre de concertation avec les partenaires techniques et financiers du secteur de la santé ;
- Engagement fort de l'Etat et des partenaires à financer le PDS.

#### **b) Points faibles**

- Ruptures encore persistantes de certains produits de la SR (sulfate de magnésie, kits AMIU, produits SONU etc.) même au niveau national par défaut de financement traduisant le manque de financement ou une insuffisance dans la coordination des financement des produits de la SR ;



- Interventions encore verticales de certains donateurs malgré le cadre de concertation des PTF créé, ne permettant pas une coordination effective des financements mobilisés dans le domaine ;
- Certains dons sont faits directement aux formations sanitaires sans tenir compte ni de leurs besoins, ni de la liste nationale des médicaments essentiels parfois sans aucun contrôle de la qualité donc contraire à la charte des dons qui existe au Niger ;
- La gratuité de certains produits SR risque de poser à la longue un problème de pérennisation des financements des produits SR

### **Recommandations**

- Augmenter de façon conséquente le budget alloué pour les activités de SR et l'achat des produits SR afin de combler le manque à gagner issu des différentes gratuités prônées;
- Renforcer le partenariat pour le financement de la SR dans le cadre de l'exécution du PDS en indiquant dans la mesure du possible les financements relatifs aux produits SR;
- Respecter strictement la charte de don pour les médicaments en général et produits de la SR en particulier ;
- Réfléchir sur un mécanisme pouvant permettre la pérennisation de la gratuité des certains produits SR.

## **5.5. Produit**

### Définition

C'est l'examen des différentes sources des produits de la SR, des circuits d'approvisionnement des secteurs publics et privés. Il tient compte des tendances passées et se penche sur les attentes pour chaque produit de la SR.

Il permet ainsi d'aider à déterminer le rôle de chaque secteur dans l'approvisionnement de produits de la SR.

### **Description de la situation actuelle**

Dans le cadre de la sécurisation des produits SR, une liste des produits à sécuriser par niveau de prestation SR a été établie par le comité technique. Il s'agit des contraceptifs, les produits de lutte contre les IST/VIH/SIDA, les produits utilisés en CPN, au cours de l'accouchement, en post partum, au cours des soins au nouveau-né et les consommables médicaux. (Voir liste en annexe).

L'approvisionnement de ces produits est assuré par l'Etat et ses différents partenaires comme l'indique le tableau ci-dessous.

<b>Produits</b>	<b>Sources des produits</b>
Contraceptifs	Etat, UNFPA, Santé FAD2, IPPF, KfW, JICA
IST/VIH/SIDA	Etat, Banque Mondiale, Fonds Mondial, KfW, UNFPA, IPPF, SIDA3
CPN	Etat, Unicef, OMS, UNFPA
Accouchements et post partum	Etat, UNICEF, UNFPA, FCI, JICA
Soins au nouveau-né	Etat, UNICEF, UNFPA, OMS
Consommables médicaux	Etat, CTB, UNFPA, UNICEF, IPPF, OMS

Les différentes méthodes contraceptives offertes sont :

- les méthodes orales : Lofemenal, Ovrette, Microgynon ;
- les méthodes de barrières : les préservatifs masculin et féminin ;
- les méthodes injectables : Dépo-provera ;
- les dispositifs intra-utérin : DIU.

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC), centrale d'achat publique, couvre l'ensemble du territoire à travers ses trois dépôts régionaux et son réseau de pharmacies populaires (48).

Il existe également des centrales d'achat (11) et des pharmacies privées (73) qui contribuent à l'approvisionnement du pays en produits SR.

La majorité des produits SR font l'objet d'un recouvrement des coûts sauf les produits fournis dans le cadre des programmes tels que la lutte contre les IST/VIH/SIDA, le paludisme, mais restent accessibles aux populations du fait de la subvention de certains produits par l'Etat et ses partenaires.

Du fait de la subvention dans le secteur public, les prix des contraceptifs sont très élevés dans le privé: exemple le dépo-provera coûte jusqu'à 3500F contre 300 F dans les pharmacies populaires, la plaquette de pilule coûte respectivement entre 250F à 1000F contre 100 F.

Depuis 1996 avec le retrait de l'USAID, certaines régions ne reçoivent plus de don de contraceptifs.

Tout récemment, un arrêté ministériel a rendu gratuits les produits contraceptifs, la césarienne et les soins aux enfants de 0-5 ans. Cependant, les différents kits ne sont pas encore mis en place sur le terrain.

Tous les produits SR à sécuriser figurent sur la liste nationale des médicaments essentiels et sont exonérés des taxes et droits de douanes. Toutefois, l'importation de produits pharmaceutiques est sujette à l'obtention d'une autorisation d'importation et d'enlèvement délivrée par le Ministère de la Santé Publique.

Pour chaque catégorie de produit, l'Etat a fixé un prix grossiste et un prix détaillant ainsi que les marges bénéficiaires. Cependant, les utilisateurs jugent que les prix pratiqués par le privé pharmaceutique est exagérée (région de Zinder).

Tout produit qui doit être débité en territoire Nigérien, fait l'objet d'un enregistrement.

Dans le cadre de la fabrication locale des produits, il existe deux structures de production :

- La SONIPHAR (société nigérienne des industries pharmaceutiques) structure publique qui produit certaines molécules génériques. Cependant, les activités de cette société sont au ralenti ;
- La SIP (Société des Industries Pharmaceutiques), structure privée créée au Niger en avril 2006. Elle produit des formes sirops.

#### **a) Points forts :**

- Existence d'une législation pharmaceutique au Niger depuis 1997 (Ordonnance 97-002 du 10 janvier 1997 et le Décret 97-301/PRN/MSP du 6 août 1997, fixant les modalités d'application de l'ordonnance portant législation pharmaceutique) ;
- les produits périmes sont enregistrés et leur destruction est assurée par un comité pluridisciplinaire conformément à l'arrêté créant ces structures à tous les niveaux. C'est ainsi qu'au niveau de la région il est composé du Secrétaire Général du gouvernorat, le DRSP, le chef de service pharmacie, laboratoires et médecine traditionnelle à la DRSP, le chef de service hygiène et assainissement de la DRSP, la gendarmerie, la police et l'association des consommateurs ;
- Existence d'un fabricant local de médicaments y compris ceux de la SR (SONIPHAR) ;
- Existence de comité de sélection des médicaments opérationnels multidisciplinaire et plurisectoriel qui se réunit tous les 3 mois sous la présidence du DPHL/MT;
- Les produits de la SR en général et contraceptifs en particulier sont exonérés de toutes taxes ;
- La subvention des produits SR par les partenaires ;
- Existence des réseaux de distribution privés ;
- Existence de lignes budgétaires pour l'achat des produits SR.

## **b) Points faibles**

- Détention illégale de certains produits SR par des personnes non qualifiées ;
- Le recours aux produits SR par la population auprès des personnes non qualifiées ;
- La prolifération d'un circuit parallèle de distribution des produits contraceptifs, mais aussi de façon générale les médicaments y compris ceux de la Santé de la Reproduction ;
- Rupture fréquente et prolongée des produits contraceptifs et des produits SONU ;
- Le ralentissement des activités de la SONIPHAR et la reprise difficile des activités ;
- Capacité limitée de production des produits SR par les fabricants locaux.

## **c) Opportunités**

- Existence de deux unités de production locale ;
- Gratuité de certains produits SR ;
- Engagement et environnement politique national et international favorable ;
- Développement du secteur privé pour la distribution.

## **Recommandations**

- Renforcer les capacités de production et de gestion des deux structures de production locale (SONIPHAR et SIP);
- Appliquer les textes réglementaires relatifs à l'approvisionnement, la distribution;
- Impliquer davantage le secteur privé (lucratif et non lucratif) dans les actions SR (approvisionnement, distribution) ;
- Elaborer un programme de lutte contre le marché illicite et les médicaments contrefaits.

## **5.6. Utilisation du client et demande**

### **Définition**

Il s'agit pour cette section de (i) développer les profils de clients (actuels et potentiels) des produits de la SR, (ii) examiner les répartitions des besoins non satisfaits par âge, par lieu de résidence, par niveau d'éducation, par niveau de vie, etc. et (iii) évaluer l'efficacité des prestataires à s'occuper du marché complet des clients tout autant que sur l'accès, l'interruption (abandon) et l'impact des activités en matière d'augmentation de la demande de produits.

### **Description de la situation actuelle**

L'analyse documentaire et les interviews ont donné les résultats suivants selon les différents domaines de la santé de la reproduction : la planification familiale, maternité sans risques (CPN, Accouchements et post partum), Soins aux nouveaux nés, IST/VIH/SIDA.

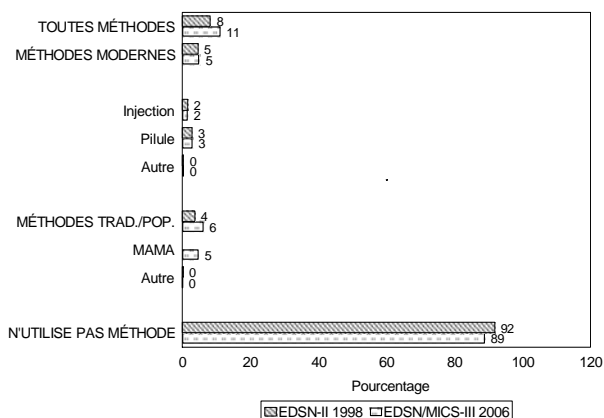
### **La Planification familiale**

Selon l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSN/MICS-III 2006), 72 % des femmes connaissent au moins une méthode contraceptive quelconque. Le niveau de connaissance des méthodes modernes (68%) est plus élevé que celui des méthodes traditionnelles (40%). Les méthodes les plus connues sont la pilule (au moins 65%), les injectables (au moins 55%), le condom masculin (au moins 38%), la stérilisation féminine (au moins 31%) et le condom féminin le moins connu (13%).

Une femme en union sur dix (11 %) a déclaré utiliser actuellement une méthode contraceptive : 5 % utilisent une méthode moderne et 6 % une méthode traditionnelle (tableau 4). La prévalence contraceptive n'a pas du tout changé ces dernières années au Niger, puisque 5 % des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998 (EDSN-II 1998), contre 5 % en 2006.

Les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union sont, par ordre d'importance, la pilule (3 %) et les injections (2 %) (Graphique 2). Parmi les méthodes traditionnelles, la Méthode d'Allaitement Maternelle et de l'Aménorrhée (MAMA) est la méthode la plus fréquemment utilisée (5 %). Il faut noter que l'utilisation des méthodes contraceptives est très faible au Niger.

**Graphique**  
**Prévalence contraceptive par méthode**  
**(Femmes de 15-49 ans en union)**

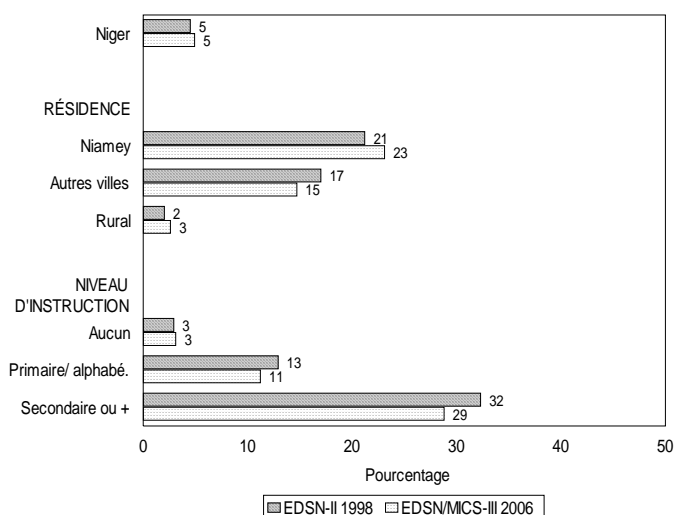


La prévalence de la contraception moderne varie selon le groupe d'âges, passant de 2 % à 15-19 ans à 5 % à 20-24 ans et 6 % à 30-34 ans (tableau 4). C'est chez les femmes de 20-24 ans, 25-29 ans, 30-34 ans et 45-49 ans que l'utilisation d'une méthode moderne est la plus élevée (de 5 % à 6 %). Les pourcentages étaient pratiquement les mêmes aux mêmes âges à l'EDSN-II de 1998. La pilule et les injections sont surtout utilisées par les femmes de ces groupes d'âges. Par contre, plus la femme est âgée, plus la fréquence de la stérilisation augmente, surtout au-delà de 40 ans où elle passe de 1 % à 40-44 ans et 45-49 ans.

La prévalence des méthodes contraceptives modernes varie selon le milieu de résidence : 23 % dans la ville de Niamey, 3 % en rural et 15 % dans les Autres Villes (graphique 3). Il faut souligner que depuis l'EDSN-II de 1998, la prévalence contraceptive moderne a seulement légèrement augmenté en milieu rural, passant de 2 % à 3 % et a un peu baissé dans les Autres villes (de 17 % à 15 %) et légèrement augmenté dans la ville de Niamey (23 % contre 21 % en 1998). La pilule et les injections sont les méthodes les plus utilisées dans tous les milieux de résidence.

La prévalence de la contraception varie fortement selon la région, de 1 % dans la région de Diffa à 10 % dans celle d'Agadez. La pilule constitue la méthode la plus utilisée quel que soit la région considérée.

**Graphique 3**  
**Utilisation actuelle de la contraception moderne**  
**(Femmes de 15-49 ans en union)**



La prévalence de la contraception moderne est beaucoup plus élevée chez les femmes les plus instruites (29 %) que chez celles qui n'ont aucune instruction (3 %). Cependant, c'est dans cette catégorie de femmes qu'elle a le plus augmenté depuis l'EDSN-II de 1998, passant de 3,0 % à 3,4 %. Pour ce qui concerne les autres niveaux d'instruction, il y'a eu une baisse entre l'EDSN-II et l'EDSN/MICS-III (graphique 3).

Le nombre d'enfants semble être un déterminant de l'utilisation de la contraception, le taux d'utilisation des méthodes modernes passant de 1 % pour les femmes n'ayant aucun enfant à 6 % pour celles ayant cinq enfants ou plus. La pilule reste toujours la méthode la plus élevée.

### **Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale**

Les obstacles à l'utilisation des services de planification familiale rapportés ci-dessous sont issues de l'EDSN-MICS III, d'études sociocomportementales diverses sur la PF et des données collectées sur le terrain dans le cadre de cette étude. On distinguera les obstacles d'ordre institutionnel et programmatique, socioculturel, et comportemental.

#### **Opérationnelles et programmatiques**

- Ruptures fréquentes des contraceptifs au niveau national après le départ de l'USAID du Niger en 1996 entraînant un approvisionnement irrégulier au niveau des points de prestation des services de PF. Lors du passage des équipes

chargées de la collecte des données, des ruptures ont été constatées à tous les niveaux (Voir les détails des ruptures en Annexe) ;

- L'insuffisance de la confidentialité au niveau des formations sanitaires fait que certaines femmes paient directement les contraceptifs au niveau des points d'approvisionnement hors système sans aucune garantie sur la sécurité et l'efficacité de ces produits ;
- L'insuffisance du personnel (1 seul agent le plus souvent par CSI en charge de l'ensemble des activités du CSI) fait que les activités PF ne sont pas toujours prises en compte dans le PMA ;
- L'indisponibilité du personnel (sollicité par les JNV, Ateliers et séminaires de formation) fait que les activités relatives à la PF ne sont pas réalisées;
- L'insuffisance de la formation en PF des agents de santé limite l'offre des services PF;
- L'insuffisance en supervision des activités de PF au niveau des formations sanitaires ne permet pas de renforcer les capacités sur le tas des agents ;
- L'insuffisance de coordination entre les services : DRSP, DS, CSI, Dépôt régional et pharmacies populaires explique certaines ruptures en contraceptifs;
- Un faible taux de couverture sanitaire limite l'accès des populations aux services PF (accessibilité géographique au services de santé faible dans certains DS : Tanout, Gouré, Agadez, Diffa, etc.). Pour pallier à cette situation, des sites DBC ont été mis en place au niveau de certaines régions du pays ;
- Le paiement des contraceptifs avec leur intégration dans le système de recouvrement des coûts jusqu'à une date récente ;
- L'insuffisance d'IEC/CCC en PF par les agents de santé entraîne une utilisation faible des taux d'abandon élevés;
- Les prestataires eux-mêmes constituent des freins en ce sens qu'ils n'encouragent pas les utilisateurs dans le choix des méthodes, les clients sont mal accueillis et ne bénéficient pas de counseling approprié entraînant parfois la peur des effets secondaires ;
- Le manque de vulgarisation des études réalisées (pas de feed back) ne permet pas aux prestataires de prendre conscience de certaines insuffisances qui peuvent être corrigées;
- L'insuffisance du personnel en quantité entraînant de longues attentes des clientes amenant certaines à quitter la formation sanitaire sans recevoir la prestation de SR pour laquelle elles sont venues.



### Socioculturelles et religieuses

- Les rumeurs sur la PF : beaucoup de personnes pensent par exemple que l'utilisation de la pilule rend stérile, donne le cancer, que le DIU se déplace, etc. Ces rumeurs limitent l'utilisation des méthodes modernes de planification familiale ;
- La polygamie crée une compétition entre les femmes sur le nombre d'enfants en vue de l'héritage ;
- La valeur sociale de la procréation (souci de la continuité de la famille, enfants=main d'œuvre et richesse, enfants=autorité et statut social) entraîne un comportement pronataliste de la population.
- L'opposition du mari à la contraception sur la base de certaines considérations (débauche supposée de la femme amenant certains maris à utiliser « KAN LAYA <sup>10</sup>» dans certaines régions);
- Le peu de pouvoir de décision de la femme sur la maîtrise de sa fécondité (pouvoir d'espacer les naissances est de l'autorité du mari) ;
- Certaines interprétations excessives qui sont faites de la religion musulmane limitent le recours aux méthodes contraceptives modernes ou même traditionnelles amenant du coup les femmes à le faire clandestinement autant qu'elles le peuvent;
- La jeune femme célibataire utilisant une méthode contraceptive est mal vue par la population ce qui est contraire à la vision SSRAJ (Santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes) ;
- Le départ en exode des maris entraîne l'abandon de l'utilisation de la contraception par leurs femmes d'où une baisse de la prévalence contraceptive.
- Le refus du changement : le manque de plaisir par utilisation de préservatifs ; les réactions adverses consécutives à la prise de certains contraceptifs (effets secondaires) etc..;
- Selon le PDS 2005-2010, les hommes sont peu impliqués et fréquentent peu les services santé en matière de PF alors que la décision de prendre la contraception dépend généralement d'eux. Les expériences communautaires et les stratégies mobiles montrent que les hommes, dûment informés, ne constituent pas toujours un frein.

---

<sup>10</sup> Le fait de jurer sur le Coran

## **Besoins non satisfaits en PF**

Selon la définition des EDS, une femme a un besoin non satisfait en contraception si elle est capable d'avoir des enfants, sexuellement active et n'utilise aucune méthode contraceptive, et ne veut pas d'enfant pendant au moins deux ans (femmes qui veulent espacer) ou ne veut plus d'enfants (femmes qui veulent limiter)<sup>11</sup>.

D'après l'EDSN-MICSIII, les besoins non satisfaits en matière de PF restent encore élevés, puisque 16 % des femmes en union en ont exprimé le besoin. La majorité de ces femmes aurait besoin d'utiliser la contraception comme moyen d'espacement (13%) contre 3% pour la limitation des naissances.

## **La Maternité sans risque**

Selon le PDS 2005-2009, la couverture sanitaire au Niger (population 0-5 Km desservie par un CSI) est estimée à 49,8% en 2003, ce qui constitue une limite pour l'accessibilité des soins curatifs et préventifs. Autrement dit, 50% de la population du Niger se trouve à plus de 5 Km d'un centre de santé et à peu près 15% se trouve au-delà de 15 km. La population des zones de très basse densité (nomades et régions orientales) pose des problèmes spécifiques d'accès aux soins. D'autres contraintes comme celles purement physiques (éloignement) limitent l'accès du patient aux services de santé. En matière d'utilisation des soins curatifs, on note entre 0,1 et 0,2 nouveau consultant par habitant et par an en moyenne.

Plusieurs stratégies ont été développées pour améliorer l'accès des populations aux services de santé. Il s'agit de : (i) l'organisation des activités foraines en avancée qui a permis d'augmenter l'utilisation des soins préventifs sauf pour la PF, (ii) les cliniques mobiles qui sont un autre type de stratégie adapté au milieu nomade.

### **• Profil des clients actuels et potentiels**

Pour 46 % des naissances, la mère s'est rendue en consultation prénatale, au moins une fois, auprès de personnel de santé, soit un médecin, une infirmière, un agent de santé, une sage-femme ou une accoucheuse traditionnelle formée (tableau 6). Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment un professionnel de santé (88 % contre 39 % en milieu rural). Par contre, il faut noter que c'est en milieu rural que la fréquence des consultations prénatales a le plus augmenté depuis l'EDSN-II (39 % en 2006 contre 30 % en 1998) (graphique 4). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals est d'autant plus fréquent que le niveau d'instruction de la mère est élevé : en effet, 94 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé, contre 70 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 42 % des mères sans instruction.

---

<sup>11</sup> Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDSN/MICS-III 2006

**Tableau. Soins prénatals et assistance à l'accouchement**

Caractéristiques sociodémographiques	Soins prénatals				Assistance à l'accouchement		
	A reçu des soins prénatals du personnel formé	A reçu au moins une injection antitétanique	A reçu du sirop de fer au cours de la grossesse	Effectif de femmes	A été assistée à l'accouchement <sup>1</sup>	A accouché dans un établissement de santé	Effectif de naissances
<b>Age de la mère à la naissance</b>							
< 15	38,2	24,2	35,2	43	36,2	16,8	82
15-19	46,5	44,5	43,1	1 036	31,1	16,6	1 766
20-24	46,1	43,1	44,8	1 583	33,8	18,1	2 755
25-29	47,2	42,7	46,9	1 489	30,0	14,6	2 315
30-34	46,5	38,5	46,1	1 051	31,6	17,4	1 583
35 ou +	46,1	39,5	45,5	1 098	39,2	20,4	1 452
<b>Rang de naissance</b>							
1	55,8	52,3	49,5	893	39,5	25,7	1 544
2-3	48,2	43,4	46,5	1 672	32,6	17,8	2 766
4-5	45,1	41,5	45,2	1 521	28,9	13,9	2 412
6 ou +	42,2	36,3	42,8	2 214	33,0	15,2	3 232

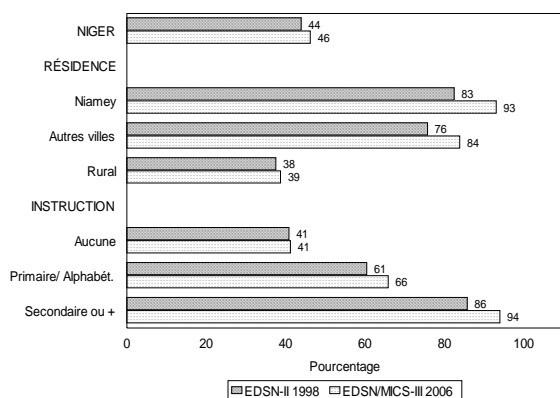
<b>Milieu de résidence</b>							58
Niamey	93,2	67,6	78,7	395	81,0	73,4	8
Autres villes	84,0	65,3	69,9	578	75,5	67,0	91
							6
							1
							5
							0
Ensemble urbain	87,7	66,2	73,5	974	77,6	69,5	3
							8
							4
							5
Rural	38,9	37,2	40,2	5 326	24,9	7,9	1
<b>Région</b>							
Agadez	71,1	55,9	63,7	137	56,6	43,3	21
							5
							23
Diffa	51,8	46,2	43,8	146	56,2	12,6	7
							1
							3
							8
Dosso	61,7	52,7	62,5	864	28,2	15,6	2
							2
							2
							1
Maradi	33,8	32,3	34,5	1 372	25,0	13,4	5
							2
							0
							0
Tahoua	46,9	44,9	42,8	1 293	35,7	13,7	5
							1
							2
							9
Tillabéri	50,8	45,3	46,6	888	29,6	10,9	9
							2
							0
							1
Zinder	27,3	27,8	34,2	1 205	24,9	11,6	2
							58
Niamey	93,2	67,6	78,7	395	81,0	73,4	8

Niveau d'instruction							
							8
							3
							8
Aucun	41,4	38,1	41,1	5 268	28,1	12,6	1
							1
							2
							6
Primaire/alphabétisation	66,0	56,8	62,4	812	50,7	32,8	1
							31
Secondaire ou plus	94,1	73,3	83,1	220	89,1	79,5	1
							9
							9
							5
Ensemble	46,4	41,7	45,3	6 300	32,9	17,2	4

<sup>1</sup> Accouchées par un agent de santé incluant Médecin, infirmière, auxiliaire, agent santé et matrone avec boîte.  
EDSN/MICS-III Niger 2006

Pour près de quatre naissances de derniers nés sur dix (42 %) survenues au cours des cinq dernières années, la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique pendant la grossesse. Par ailleurs, dans 45 % des cas, elle a reçu du sirop de fer au cours de la grossesse (tableau 6).

**Graphique 4**  
Proportion de naissances dont la mère a bénéficié de soins prénatals<sup>\*</sup>



\* Soins prénatals auprès de médecin/infirmière/sage-femme/matrone et accoucheuse traditionnelle formées

La couverture vaccinale antitétanique ne varie pas selon l'âge. Par contre, comme pour les soins prénatals, le tableau « Soins prénatals et assistance à l'accouchement » fait ressortir que la proportion de mères ayant reçu une dose ou plus de vaccin antitétanique est plus élevée en milieu urbain (66 %) qu'en milieu rural (37 %). De même, les mères ayant un niveau d'instruction primaire (61 %) ou secondaire (73 %) ont plus fréquemment reçu le vaccin antitétanique que celles sans instruction (38 %).

Pour un tiers des naissances (33 %), la mère a reçu l'assistance de personnel de santé formé au cours de l'accouchement. Les femmes résidant en milieu urbain sont plus fréquemment assistées par du personnel de santé formé (78 %) que les femmes du milieu rural (25 %). De même, les femmes les plus instruites accouchent plus fréquemment avec l'aide de personnel de santé formé (89 % pour le secondaire ou plus) que celles qui n'ont qu'une instruction primaire (55 %) et surtout que celles qui sont sans instruction (29 %). Cependant, il faut noter que le recours à du personnel de santé formé lors de l'accouchement a baissé depuis l'EDSN-II, passant de 44 % en 1998 à 33 % en 2006, et c'est en milieu rural qu'il a le plus baissé, 25 % en 2006 contre 38 % en 1998.

Un peu moins de deux naissances sur dix (17 %) ont eu lieu dans un établissement de santé. Les variations selon le milieu de résidence sont très importantes puisque seulement 8 % des naissances du milieu rural ont eu lieu en milieu sanitaire, contre 73 % de celles de la ville de Niamey. De même, seulement 13 % des naissances de mère sans instruction ont eu lieu en établissement sanitaire, contre 80 % de celles dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction secondaire.

### **Accessibilité et utilisation des services**

Selon le PDS, la couverture postnatale est faible (**24%**), soit moins d'une femme enceinte sur quatre réalise une consultation après son accouchement.

En ce qui concerne l'accouchement assisté par un personnel qualifié, la MICS2 a estimé que 16% des naissances ont reçu l'assistance d'un personnel formé de la santé : 15% avec l'aide d'une SF ou infirmière et 1% avec l'aide d'un médecin. Le PDS 2005-2009, estime cette proportion à 14%.

Le déficit en Interventions Obstétricales Majeures pour Indication Maternelle Absolue (besoins obstétricaux non couverts) est estimé à **77%** (85% rural et 25% urbain).

Selon le SNIS, 4712 césariennes ont été effectuées en 2002, soit **0,8%** des accouchements attendus (norme 5-15%).

En conclusion, on peut dire qu'il y a, au Niger, une faible accessibilité responsable d'une faible utilisation des services SR aussi bien au premier niveau de soins qu'aux niveaux de la référence.

### **La qualité des services SR**

#### **Concernant le dépistage et le suivi des grossesses à risque :**

L'étude sur la prise en charge des grossesses à risque et des complications de l'accouchement dans la communauté urbaine de Niamey et la région de Tillabéry, menée en 2003, a montré que sur les 11330 CPN réalisées durant la période de l'étude, 1061 grossesses à risques (GR) ont été identifiées, soit un taux de risque de **9,4%** et 177 GR ont été référées, soit un taux de référence de **16,7%**.

Les principaux facteurs de risque dépistés lors de la CPN, parmi les 165 grossesses à risque randomisées et analysées sont la multiparité (32,3%), l'âge inférieur à 15 ans ou supérieur à 35 ans (30,5%), la mortinatalité et l'avortement (13%), l'utérus cicatriciel (5,8%), les syndromes reno-vasculaires (5,2%), le risque rhésus (3,8%) et le risque mécanique (1,3%).

**Multiparité et âge sont ainsi les deux principaux facteurs de risque pour la grossesse (63%).**

Les obstacles à la CPN, identifiés, sont la première visite tardive (5<sup>ème</sup> – 6<sup>ème</sup> mois), la mauvaise qualité de la CPN, le coût élevé des prestations, la rumeur sur le prélèvement du sang (SIDA), l'absence ou le manque de participation du mari et le manque de moyens dans les structures.

Concernant le suivi prénatal des femmes dépistées à risque, on a recensé **62,4%, de femmes à risque perdues de vue** et seulement 23% des femmes sont suivies selon les normes (3 CPN et plus).

**Concernant la prise en charge des soins obstétricaux :**

La même étude citée en supra a montré que parmi les 188 femmes ayant présenté des complications lors de leur accouchement **78% sont des femmes à risque pour la parité (primipare ou grande multipare).**

Les problèmes rencontrés sont les dystocies, les hémorragies, l'anémie et l'HTA gravidique. La majorité des femmes ont été référées à la maternité de référence ISSAKA GAZOBY (IG). Les interventions maternelles (IM) subies à IG sont le forceps dans 10,5% des cas et la césarienne dans 35,8% des cas. Dans 30% des cas les femmes ont accouché normalement. **La mortalité néonatale a été de 16,2%.**

On note également que **80%** des femmes évacuées de Tillabéry à la même maternité de référence (IG) étaient **des femmes à risque pour la parité (primarité ou grande multipare).**

Les problèmes ayant justifié l'évacuation sont les dystocies (43,5%), l'HTA gravidique (17%) et les hémorragies (9%). Les IM subies à IG sont la césarienne (70%), la laparotomie (10%) et le forceps (5%). Dans 15% des cas les femmes ont accouché normalement. **La mortalité néonatale a été de 30%** et on a déploré **1 décès maternel et 1 fistule vésico-vaginale.**

D'une façon générale, on peut dire que les conditions conduisant à des accouchements compliqués sont de deux natures. Celles relevant de la population, notamment, les pratiques sociales (mariage et grossesse précoces et grossesse tardives), la multiplicité des grossesses compliquées chez la même femme, la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes, le faible recours à la CPN, la faible accessibilité (distances et coûts des moyens de transport) et celles relevant des structures de santé, notamment, la faible implication du personnel aux activités de SR (PF, CPN), le manque d'équipements et de moyens de fonctionnement en SR, la formation insuffisante des prestataires (PF, CPN, partogramme et SOU) et l'insuffisance du suivi – évaluation des activités SR.

L'étude MSP/LCE – UNFPA – AMDD de l'Université de Columbia des USA « faire de la maternité sans risque une réalité », menée en 2000, a permis de montrer qu'il reste beaucoup à faire, au Niger, dans les domaines des soins obstétricaux avec :

### **Une faible disponibilité des structures assurant les soins obstétricaux d'urgence (SOU)**

- Sur les 92 structures susceptibles d'offrir les SOU de Base (SOUB) (39/44 en urbain et 15/48 en rural), seulement 54 les offrent effectivement et 22 structures seulement offrent les SOU Complets (SOUC) sur un total de 47 susceptibles de les offrir ;
- Le besoin total étant de 113 SOUB et de 46 structures SOUC, le déficit, en tenant compte de la politique du district, est de 56 structures SOUB (niveau rural) et 3 structures SOUB (niveau urbain) et de 24 structures offrant les SOUC.

### **Une très faible utilisation des services SOU :**

- **La proportion des accouchements assistés n'est que de 12%** au niveau national (norme de 55%). Au niveau des structures offrant les SOUB, l'utilisation est de 6,77% (sur une norme admise de 55%), soit un déficit de 48,23%. Ce taux est de 23,8% en milieu urbain (pour une norme de 80%), soit un déficit de 56,2% et de 1,24% en milieu rural (pour une norme de 30%), soit un déficit de 28,76%. Au niveau des structures offrant les SOUC, ce taux d'accouchements assistés est de 5,16% (sur une norme de 80%), soit un déficit de 74,84% ;
- **Les complications obstétricales prises en charge sont de l'ordre de 4,4%**, à l'échelle nationale (la norme minimale est de 15%). Au niveau des structures offrant les SOUB, la prise en charge des complications obstétricales représente 1,98% (norme de 15%) dont 6,9% en milieu urbain et 0,28% en milieu rural. Au niveau des structures offrant les SOUC, la prise en charge des complications obstétricales représente 2,10% (norme de 15%) avec un déficit de 12,90% ;
- **Les césariennes réalisées représentent 0,5%** des accouchements attendus, soit un déficit de 14,5%.

### **Une mauvaise qualité des services SOU :**

Un taux de létalité élevé de l'ordre de 2,15% (norme < 1%) et un taux de mortalité périnatale de 7,9% dans toutes les structures offrant les SOUC.

#### **Des problèmes liés à l'organisation des services :**

**L'organisation de la garde des Sages Femmes pose un problème en milieu rural.** On trouve rarement 2 SF ensemble dans la même structure (CSI type 2), d'où une astreinte à domicile tous les jours. De même, **le coût élevé des soins** n'est parfois pas à la portée de la population surtout au niveau des structures offrant les SOUC. **Une mauvaise utilisation du partogramme et autres supports SNIS** avec sous notification des cas de décès a été également constatée. **Le système de référence contre référence est peu organisé.**



### **Des problèmes liés aux ressources :**

- **En matière des ressources humaines**, il y a insuffisance de personnel en qualité et en quantité (Gynécologues, chirurgiens, médecins généralistes et SF) et une instabilité et mauvaise répartition du personnel en place (affectation, départ en formation ou à la retraite sans possibilité de remplacement ....) ;
- **En matière des ressources matérielles**, il y a un important problème de ressources matérielles et d'équipements (insuffisance, vétusté et parfois absence) : Inexistence d'échographes, de sources d'oxygène, d'aspirateurs, de Kit de réanimation des Nouveau Né, de Kit d'AMIU ou de couveuse ; insuffisance en tables chauffantes, en forceps, en ventouse, en boîtes de césarienne, en boîtes d'accouchement ou en boîtes d'épisiotomie et du matériel souvent en pénurie comme le petit matériel de chirurgie ( gants, pinces, fils de suture), les produits de stérilisation ou même les produits détergents.

### **La fistule obstétricale**

Malgré l'absence d'une estimation fiable du nombre de fistules obstétricales, les porteuses de cette morbidité liée à l'accouchement se sentent exclues et humiliées et sont difficiles à recenser ; la demande enregistrée dans quelques centres de référence en la matière semble indiquer que ce nombre est élevé.

La faible accessibilité à un service hospitalier capable de fournir une prestation comme la césarienne et le déficit important en interventions obstétricales majeures pour indications maternelles sont responsables de la fréquence élevée de la fistule obstétricale.

L'âge moyen des patientes est de 13 ans et la fistule survient dans 58% des cas lors du premier accouchement.

Plusieurs centres s'impliquent de plus en plus dans le traitement des fistules comme la maternité centrale de Zinder, l'hôpital National de Niamey, l'hôpital Lamordé ou la maternité TASSIGUI à Tahoua.

Les partenaires techniques et financiers (UNFPA, OMS, l'UNICEF) et des ONG (DIMOL, ONG Solidarité, Equipe des médecins Américains, etc.) interviennent dans les domaines de la prévention, de la prise en charge du traitement chirurgical, de la réinsertion socio-économique et du suivi médical.

Récemment un réseau d'éradication de la fistule comprenant une quarantaine d'intervenants en matière prévention, de traitement et de réinsertion des femmes victimes de la fistule a été créé sous l'égide du MSP/LCE.

En outre, dans le domaine de la lutte contre les IST/VIH/SIDA, le gouvernement du Niger s'est aussi résolument engagé dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA. Le taux de séroprévalence du VIH/SIDA est faible (0,7%) avec des disparités suivants les groupes sociaux et les régions. Cependant les taux plus élevés sont observés dans les groupes à risques (27% chez les professionnels du sexe (voire 50% à Dirkou dans ce même groupe) (Enquête MSP/LCE, CERMEs).

## La santé sexuelle et reproductive de l'adolescent

Au Niger, le groupe d'âge 10-24 ans constitue une frange importante de la population soit 29%. L'âge moyen du mariage est de 15 ans, et 36% des filles de 15-19 ans sont déjà mères ou enceintes<sup>12</sup>.

Outre les mariages précoces, les jeunes filles sont exposées aux grossesses non désirées dont une des conséquences est l'avortement clandestin avec son lot de complications.

Selon l'EDSN/MICS-III 2006, 96,4 % des garçons et 58,6 % des filles de 15-19 ans et 73,8 % des garçons et 91,2 % des filles de 20-24 ans connaissent une ou plusieurs méthodes ou techniques contraceptives mais seulement 2 % des 15-19 ans et 5 % des 20-24 ans des filles utilisent une méthode de contraception moderne à cause de la crainte d'être indexée comme prostituée.

Bien que l'enquête nationale MSP/LCE - CERMES ait montré que les jeunes de la tranche d'âge 15-19 ans sont très peu atteints par le VIH/SIDA, aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale, la jeunesse n'en constitue pas moins un groupe vulnérable pour l'épidémie du VIH/SIDA. Selon l'EDSN/MICS-III 2006, dans la tranche d'âge de 15-19 ans, environ 88 % des garçons et 79,7% des filles ont entendu parler du Sida, mais seulement 0,3 % des filles et 23,1% des garçons utilisent un préservatif lors des rapports sexuels.

Selon le PNSR, l'accès des jeunes aux services de Santé Sexuelle et Reproductive des Adolescents (SSRA) reste très limité du fait des pesanteurs socioculturelles et de l'inadéquation des formations sanitaires à répondre aux besoins spécifiques en SR des jeunes et adolescents. Les structures plus adaptées comme les centres de conseils et d'éducation pour les jeunes sont très limités.

Les supports de données actuels du SNIS ne permettent pas de collecter des informations spécifiques relatives à la SSRAJ.

### Les IST/VIH

Selon les données issues de l'enquête nationale MSP/LCE - CERMES réalisée en 2002 et l'EDSN/MICS-III 2006, le taux de séroprévalence du VIH/SIDA au Niger est resté relativement faible (de 0,87% en 2002 à 0,7% en 2006). Mais, ce taux est plus élevé en milieu urbain (2,08% 2002 contre 1,5% en 2006) qu'en milieu rural (0,64% en 2002 contre 0,5 % en 2006).

La prévalence chez les femmes enceintes en CPN fréquentant les sites PTME est de 1,5 % en 2006<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> EDSN 1998

<sup>13</sup> Rapport annuel PTME 2006

Les facteurs de risque associés à la séropositivité sont le milieu de résidence (l'urbain plus exposé que le rural), la prostitution (27% chez les professionnels du sexe voire 50% à Dirkou), les femmes divorcées ou veuves présentent un fort taux de séroprévalence par rapport aux célibataires (6,4% et 3,9% contre 0,4%). Par ailleurs, il n'a pas été noté d'association entre séropositivité et antécédents de transfusion sanguine ou d'intervention chirurgicale.

Selon l'enquête nationale MSP/LCE-CERMES de 2002, la prévalence des IST est estimée à 38% chez les professionnels du sexe avec des variations allant de 27% à Arlit à 46% à Koma-Bangou.

En 2006, 9% des femmes et 45% des hommes utilisent les condoms pour se protéger contre les IST/SIDA selon l'EDSN 2006.

Des insuffisances existent dans les actions de prévention et de prise en charge des cas d'IST et de VIH/SIDA tel que l'accès limité aux ARV, la faible couverture en PTME (seulement 82 sites en fin 2006), les ruptures des tests et des réactifs au niveau des formations sanitaires, l'absence de programme de formation dans le domaine de la prise en charge des IST et la faible acceptation du préservatif.

L'étude réalisée sur le terrain a permis de se rendre compte que les produits suivants étaient le plus disponibles :

- Doxycycline, Cotrimoxazole, tétracycline, Pyriméthamine, Oxytocine inj, Lofeménal, Ovrette.

Les produits ayant connu le plus de rupture

- Condom féminin, Spermicides, la phytoméniadione, Sels ferreux, acide folique sulfadoxine, Erythromycine cp 500, Benzathine, Implants et Kits, Préservatif masculin, Metroniazole, gants d'examen, ciprofloxacine, Oxytocine, ergométrine, sulfate de magnésium, clonidine, gelatine fluide.

Cependant il faut relever que dans le cadre de la rationalisation des produits, l'Etat a généralisé l'utilisation de la Stratégie Plainte Traitement (SPT) et les normes et procédures en SR/PF au niveau des formations sanitaires

#### **a) Points forts**

- 2 Existence de document normes et procédures en SR/PF ;
- 2 Gratuité des produits contraceptifs et des soins à la femme et aux enfants ;
- 2 Existence d'un centre de formation SONU avec une extension en cours ;
- 2 Extension des centres PTME ;
- 2 Fonctionnalité de certains blocs opératoires dans les HD ;
- 2 Expérimentation du kit CPN recentrée et kit accouchement ;
- 2 Présence de comités de soutien en SR au niveau des districts sanitaires ;
- 2 Elaboration d'une stratégie IEC/SR.

## **b) Points faibles**

- Taux de besoins non satisfaits élevé ;
- Gamme de produits contraceptifs proposée limitée avec souvent des ruptures de stocks ;
- Insuffisance d'activités IEC/SR ;
- Insuffisance et mauvaise répartition des agents ;
- Insuffisance des agents formés en SR/PF(SONU, GATPA ,PF, CPN recentrée, PTME) ;
- Mauvais accueil des clients ;
- Non implication des maris à la SR/PF ;
- Existence de certains groupes religieux qui ne sont pas favorables à la SR/PF ;
- Insuffisance de la vulgarisation des documents normes et procédures en SR/PF ;
- Insuffisance de structures d'accueil des jeunes et adolescents ;
- Rupture des réactifs pour le dépistage VIH ;
- Insuffisance de sites de PTME ;
- Accès limité aux ARV ;
- Faible acceptation du préservatif ;
- Insuffisance d'activités foraines ;
- Insuffisance dans le système de référence et contre référence ;
- Insuffisance de blocs opératoires fonctionnels dans les HD.

## **c) Opportunités :**

- Implications de certains ulémas dans la promotion de la SR/PF ;
- Existence de centres de conseils et d'écoute des jeunes et adolescents ;
- Existence d'un programme de marketing social des préservatifs ;
- Existence de centre de prise en charge des cas de fistules obstétricales ;
- Disponibilité des PTFs à soutenir la SR.

### **Recommandations**

- Renforcer les capacités des agents de santé en SR/PF(SONU, GATPA ,PF, CPN recentrée, PTME) ;
- Mettre en œuvre la stratégie IEC/SR une fois adoptée ;
- Assurer la disponibilité des produits SR ;

- Respecter les normes en personnel des formations sanitaires ;
- Renforcer les activités foraines.

## 7. Capacité

### *Définition*

C'est l'évaluation des différentes ressources nécessaires pour une bonne estimation des besoins en produits SR, des procédures d'acquisition (achat locale, production ou importation), du transport, de la distribution et du système d'Information et de Gestion Logistique.

C'est donc l'évaluation de l'ensemble des mécanismes de mise en œuvre du cycle logistique des médicaments.

### **Description de la situation actuelle**

#### **Afin d'assurer l'utilisation des produits**

Le traitement des pathologies est assuré à travers l'utilisation des documents des Normes et Standards en SR, des fiches techniques de programmes, le guide stratégie plainte traitement, des algorithmes sur la prise en charge des IST, des directives SONU pour la prise en charge des complications obstétricales, des fiches techniques sur la prévention des accidents de contamination par les produits et matériels contaminés, des directives PTME, des directives PCIME, des directives de PEV.

Il existe également des procédures pour l'élimination des déchets biomédicaux et des objets dangereux, disponibles au niveau central, mais non encore vulgarisées au niveau périphérique.

Par ailleurs, il a été élaboré et mis à la disposition des agents de santé à tous les niveaux les normes et protocoles de la GATPA (gestion active troisième phase de l'accouchement), la fiche technique de prise en charge de l'éclampsie, les protocoles de prise en charge des maladies opportunistes du SIDA, de même que des mesures de sécurité, à savoir :

- boîte de sécurité pour recueillir les aiguilles et seringues aux postes d'injection et de vaccination des formations sanitaires ;
- incinérateurs au niveau des CSI et à l'HD ;
- gants de protection, tablier, bottes.

L'analyse de ces documents et les réponses obtenus sur le terrain lors des focus groupe et des interviews individuelles montre que :

- les curricula de formation de base des médecins, sages femmes et infirmiers diplômés d'État et infirmiers certifiés ne prennent pas en compte certains volets de la SR notamment les modules de planification familiale ainsi que certaines techniques comme la pose ou le retrait DIU ;
- Avec l'avènement du SIDA, il y'a des règles de prévention avec des affiches distribuées à toutes les formations sanitaires ;
- Des procédures existent pour l'élimination des déchets biomédicaux et les objets dangereux. Mais ces procédures sont seulement disponibles au niveau central mais non encore vulgarisées ;
- pour la sécurité au travail des normes ont été établies et diffusées à travers les différentes régions du pays.

Ces directives sont contrôlées au cours des supervisions.

A chaque niveau de la pyramide sanitaire, il est défini le profil des agents de santé habilités à offrir des prestations de services. Il en est de même défini une liste de produits par niveau de soins définis par le MSP. De ce fait, les produits sont utilisés par le personnel compétent.

Il est rarement mentionné l'existence de campagnes de communication pour le changement de comportement encourageant l'utilisation des méthodes de contraception modernes. Cependant, il existe des campagnes de sensibilisations dans le cadre des IST/VIH/SIDA au niveau des villages, les regroupements de jeunes ou Fadas.

Toutefois, à Zinder, il a été mentionné des campagnes de changement de comportement en cours à travers une stratégie régionale IEC/CCC en SR appuyée par les autorités administratives et traditionnelles, les leaders religieux (GAIPDS), les comités de soutien à la SR et les comités pairs éducateurs SSRAJ, ainsi que les ONG intervenant en matière de SR. Ces campagnes de sensibilisation ont concernées tous les volets de la SR y compris la PF.

Dans le cadre de l'Initiative Jeunes, des séances de sensibilisation audio visuelles sur les IST/SIDA sont menés dans les quartiers, par des pairs éducateurs et groupes SR.

Les barrières à l'utilisation des produits contraceptifs mentionnées sont :

- le mauvais accueil par les agents de santé ;
- l'indisponibilité du personnel ;
- insuffisance de la qualification des agents surtout au niveau des CS ;
- l'absence de personnel féminin dans les formations sanitaires ;
- démotivation des agents de santé ;
- les mauvaises interprétations religieuses sur la PF ;
- les rumeurs sur la PF ;
- les effets secondaires des contraceptifs ;
- contrainte dans l'utilisation de certaines méthodes (prise quotidienne de la pilule)
- la non disponibilité de certains produits ;
- Ruptures ;

- automédication et existence de la pharmacie par terre ;
- utilisation du marché informel des contraceptifs ;
- le RC limitant l'accès aux soins ;
- Désengagement de l'Etat ;
- Sous fréquentation des services ;
- Accessibilité géographique ;
- l'analphabétisme ;
- refus de maris ;
- compétition des femmes pour le plus grand nombre d'enfants dans les foyers polygames ;
- absence de comité de soutien à la SR.

Deux types de condoms masculins se retrouvent sur le terrain, celui fourni par l'Etat et celui qui est distribué par le Marketing Social. Ce dernier est très apprécié et demandé par les consommateurs.

Il n'y a pas eu d'étude de segmentation du marché des produits contraceptifs.

L'ONPPC est le seul fournisseur officiel des contraceptifs.

### **Système d'information**

L'information est recueillie à travers le système National d'information Sanitaire (SNIS). Ce recueil se fait à partir des supports de gestion de stocks, des rapports d'activités, des informations sur les conditions de stockage, des outils de gestion de médicaments, des fiches de contrôle de l'inventaire, des fiches de stocks, des bons de commande et bordereaux de livraison, des fiches de sorties journalières, le recouvrement de coûts des soins de santé.

La fréquence des rapports est trimestrielle ; ils sont transmis par niveau : de la case de santé vers le CSI, du CSI au DS, du DS à la DRSP et de la DRSP au niveau central. Les cases de santé quant à elles élaborent et transmettent leurs rapports au niveau du CSI de rattachement.

Les rapports trimestriels SNIS sont centralisés et traités par les Centres de Surveillance Epidémiologique (CSE) au niveau des DS et envoyés trimestriellement au Service Programmation et Information Sanitaire (SPIS) de la DRSP et de la DRSP au SNIS.

Le retour de l'information de la base au sommet et du sommet à la base est assuré par des radios BLU (Bandes Latérales Uniques), et le réseau SONITEL de communication.

Un mécanisme de contrôle de la transmission de ces données existe à travers le calcul des taux de promptitude.

Mise en forme : Puces et numéros

L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) a également mis en place un système d'information logistique sur les produits, basé sur un manuel de procédures des dépôts de zone, des fiches de stock, des bons de

commande, des fiches d'inventaire mensuel, des rapports mensuels de suivi des stocks du dépôt régional et des pharmacies populaires et un système d'inventaire annuel au niveau de toutes les pharmacies et dépôts de zones.

L'ONPPC a pour objet l'accomplissement des activités d'intérêt général. Il poursuit une mission de service public, dispose d'un patrimoine propre et jouit d'une autonomie financière.

C'est un établissement Grossiste – Répartiteur – Détaillant (GRD). Il a pour mission l'importation et la distribution de médicaments essentiels génériques, spécialités et de consommables médicaux essentiels dans le respect des normes de qualité prescrites par la réglementation nationale en vigueur.

Il vise en priorité une accessibilité géographique et économique toujours accrue des médicaments essentiels génériques et consommables médicaux essentiels aux populations bénéficiaires.

De façon spécifique, l'ONPPC a pour mission de :

- approvisionner les formations sanitaires publiques en médicaments essentiels génériques et matériel médico-chirurgical ;
- approvisionner les formations sanitaires privées et les établissements de vente en produits pharmaceutiques et consommables médicaux.

Il peut généralement mener toutes activités annexes, toutes opérations financières, commerciales, industrielles, mobilières ou immobilières pouvant se rattacher à l'objet social.

Il compte trois (03) dépôts de zones sous la responsabilité des pharmaciens : Zinder qui couvre les régions de Diffa, Maradi et Zinder ; Tahoua couvrant les régions de Agadez et Tahoua ; Niamey qui dessert les régions de Tillabéry, Dosso et la Communauté Urbaine de Niamey.

Pour l'accomplissement de cette mission l'ONPPC a mis en place un certain nombre de mécanismes. Ce sont principalement :

- un manuel de procédures des dépôts des zones ;
- un manuel des pharmacies populaires disponibles à tous les niveaux ;
- la mise à disposition des structures des consignes concernant les étagères, palettes, aération, non exposition au soleil, chambre froide et la température ambiante qui doit être de 25 degrés ;
- un système d'inventaire annuel au niveau de toutes les pharmacies et dépôts assuré par un cabinet privé et axé sur la comptabilité ;
- des fiches de stock des médicaments, des fiches de commandes et fiches d'inventaire tenus au niveau des formations sanitaires : CSI, HD, CHR dans le cadre de recouvrement des coûts.

← Mise en forme : Puces et numéros



A niveau des dépôts régionaux, les données logistiques sont compilées et synthétisées sur des fiches séparées pour les spécialités et pour les génériques et envoyées à l'ONPPC.

La fréquence des rapports est mensuelle pour le circuit ONPPC et trimestrielle pour le SNIS.

La pharmacie populaire produit un rapport mensuel au dépôt de zone qui à son tour produit un rapport mensuel consolidé au siège de l'ONPPC.

Le rapport mensuel du gérant de pharmacie populaire comporte : le stock du mois, quantité reçue, vente aux CSI, vente au comptoir, retour au dépôt régional pour sur stockage, périmé et casse, stock fin de mois et une colonne observations  
Les fiches de stock comportent : la désignation du produit, son conditionnement, sa date de péremption et les mouvements de stocks

Il n'existe pas de rapport spécifique sur la logistique des produits de la SR ; toutefois il y a un rapport mensuel de la pharmacie populaire et un rapport trimestriel SNIS rédigé par les formations sanitaires et envoyé aux échelons supérieurs selon le canevas suivant : CSI-DS-ECD-DRSP-SINIS.

Au niveau du CHR, la DRSP assure le contrôle et le suivi des rapports trimestriels de la logistique des produits de la SR qui sont inclus dans le rapport trimestriel.

Au niveau des DS, les gestionnaires de l'ECD et des CSI font respectivement le suivi et le contrôle des rapports de la logistique des produits SR inclus dans les MEG du système de recouvrement des coûts des CSI et HD.

En cas de rapport manquant le suivi se fait par le médecin chef du district à travers les radio BLU et recueilli par téléphone ou par le courrier des marchés hebdomadaires, ou encore lors des supervisions.

Le système d'information est informatisé du niveau central jusqu'au niveau de District seulement ; le traitement de l'information au niveau périphérique se fait manuellement.

Au niveau de chaque DS et de chaque DRSP, au moins un agent est formé pour gérer l'information sanitaire globale de la région, mais il n'y a pas d'assistance technique spécifique dans le cadre de l'appui à la logistique des produits de la SR, en dehors des supervisions.

Les rapports du SNIS permettent de faire le suivi des produits contraceptifs, mais les autres produits de la SR ne sont pas pris en compte.

Les radios BLU sont utilisées pour le feed back de l'information logistique au niveau périphérique.

Le responsable du dépôt de zone assure la supervision formative des pharmacies populaires.

L'information logistique est également recueillie lors des visites de supervision, réunions de coordination, monitoring et les assemblées sous régionales.

Certains responsables de dépôts régionaux n'ont pas reçu de formation en logiciel de gestion de stock. Aussi, le besoin de formation et d'assistance en gestion logistique et en informatique a été exprimé sur le terrain.

Le rapport mensuel du gérant de pharmacie populaire comporte ; stock du mois, quantité recue, vente aux CSI, vente au comptoir, retour au dépôt régional pour surstockage, perime et casse, stock fin de mois et une colonne observations  
Les fiches de stock comportent : la désignation du produit, son conditionnement, sa date de péremption et les mouvements de stocks

Il existe un inventaire physique mensuel.

La collecte de l'information se fait à partir des cahiers de sorties journalières, et des Registre d'utilisation des Médicaments( Rumeg)

L'inventaire physique comparé au théorique est fait chaque mois pour le monitoring et le suivi du RC. Il est fait un contrôle par rapport à la consommation moyenne mensuelle.

Il existe un système de suivi des sorties au niveau des pharmacies populaires et au niveau des dépôts régionaux.

Il ressort des informations recueillies sur le terrain que :

- Les fiches de gestion de stocks manquent parfois sur le terrain ou alors sont mal remplies ;
- Les rapports d'activités sont irréguliers au niveau des HD ;
- les outils de gestion des médicaments ne sont pas pris en compte de façon plus spécifique dans le système ;
- Les surstocks sont transférés soit au siège, soit aux autres dépôts de zones ;
- Les produits périmés sont sortis du stock chaque mois ;
- A la fin de l'année l'inventaire est fait avec un huissier de justice. Les produits sont valorisés et détruits. Un procès verbal est établi ;
- Les conditions de stockage ne sont pas toujours appropriées au niveau des pharmacies populaires, dont les magasins sont souvent exigus ;
- Il arrive qu'il y'ait des ruptures de supports SNIS au niveau des DS ;
- La collecte de l'information est insuffisante ;
- Certains CSI ne disposent pas de radio BLU.

## **Prévision**

L'ONPPC dispose d'un plan d'approvisionnement pour desservir à partir de son magasin central les 3 dépôts régionaux et les 48 pharmacies à travers le pays. La livraison de l'ONPPC aux dépôts régionaux est mensuelle.

Les contraceptifs sont intégrés dans l'approvisionnement fait par l'ONPPC. Au niveau central, l'estimation des besoins globaux nationaux de certains produits, est assurée par la DPHL/MT.

L'ONPPC procède également à une prévision annuelle.

Au niveau régional, la prévision est faite par le responsable du dépôt et par le gérant au niveau de la pharmacie populaire.

Au niveau de la pharmacie populaire, la prévision est mensuelle, faite sur la base des consommations des produits SR au cours du mois précédent, le stock existant des produits SR dans la pharmacie et les demandes des commandes des formations sanitaires et dépôts pharmaceutiques majoré de 5% en tenant compte des variations saisonnières, et de la liste de la nomenclature de l'ONPPC.

Le système de prévision et gestion de stock est basé sur la commande dans les pharmacies des CSI et HD.

La prévision mensuelle est faite par le gestionnaire de la pharmacie en collaboration avec le médecin chef du district. La commande est établie quand le stock des médicaments est presque fini dans la pharmacie

La prévision est basée sur les sorties de stock des produits SR des pharmacies de l'HD et des CSI.

L'établissement des commandes dans les pharmacies populaires tient compte de la consommation moyenne mensuelle (CMM), des variations climatiques, des prescriptions des agents de santé et de la forte rotation des produits.

Les prévisions au niveau des formations sanitaires sont fonction du PAA et du crédit délégué que l'Etat a mis à la disposition du CHR auprès de l'ONPPC.

La prévision est trimestrielle au niveau du CHR et mensuelle au niveau des CSI et HD.

Les besoins des formations sanitaires sont établis par le chef CSI ou la sage femme responsable de la maternité en tenant compte de plusieurs paramètres telles que la population desservie (utilisatrices attendues), la consommation antérieure, des stocks des produits à la pharmacie du CSI et des produits en risque de rupture de stock puis transmis à la pharmacie populaire du département.

La pharmacie populaire du département assure l'exécution de la commande et la livraison à la formation sanitaire demandeur. Ces besoins sont groupés lorsqu'il s'agit d'un mode d'unicité de caisse ou individuels dans le cas contraire.

Sur le terrain, il arrive :

- d'enregistrer des ruptures de stocks de certains produits ou au contraire ;
- des surstockages en cas de dons ;
- les agents de terrain signalent le non respect des bons de commande par l'ONPPC ;

- les prévisions ne soient pas respectées du fait que les clients se ravitaillent ailleurs, notamment auprès des pharmacies par terre.

Les écarts les plus importants signalés dans les sorties des produits ont concerné Lofemenal et le depo provera et les écarts les moins importants ont concerné les méthodes de barrières.

### **Obtention des stocks / approvisionnement**

Les centrales d'achat nigériennes assurent plus de 80% des approvisionnements des formations sanitaires.

Le niveau central est responsable de la planification de l'approvisionnement, de la commande et du programme des envois

Les Formations Sanitaires Publiques sont tenues de s'approvisionner au niveau de l'ONPPC.

La distribution des produits SR mis à la disposition de l'Etat par les partenaires est assurée par l'ONPPC et ses démembrements. Pour ce faire, un plan d'approvisionnement annuel est élaboré en fonction des besoins estimatifs des pharmacies populaires.

Les commandes des dépôts régionaux enregistrés au niveau de l'ONPPC sont traités et livrés selon un calendrier mensuel préétabli en direction de chaque dépôt régional. Les dépôts régionaux à leur tour, approvisionnent les pharmacies populaires en fonction de leurs bons de commandes. Ces dernières procèdent à l'approvisionnement des formations sanitaires.

Le délai de livraison observé par le dépôt régional est d'un mois après réception des bons de commandes

Lorsque les capacités de la pharmacie populaire sont dépassées, en cas de rupture, saturation ou autre, le dépôt de zone de rattachement (Niamey, Zinder ou Tahoua) est immédiatement saisi. La livraison intervient au cours de la semaine en utilisant le canal le plus approprié (camion ONPPC, transport en commun comme la SNTV ou toute autre société de transport agréée au Niger).

En cas d'urgence, il est fait recours à un autre système de réapprovisionnement des pharmacies populaires, et dans ce cas, l'itinéraire est établi par la portion centrale ou régionale de l'ONPPC.

Au niveau du terrain, il est signalé qu'il arrive que la commande faite auprès du dépôt régional soit livrée dans une proportion de 20% et le reste de la livraison peut prendre environ un (1) mois.

Selon les données du terrain, les ruptures enregistrées sont occasionnées par les cas de retards observés dans la livraison, lorsque les quantités demandées ne sont pas entièrement fournies ou lorsque les crédits alloués à la structure ne sont pas arrivés à temps.

Dans certains cas, la fourniture est fonction de la disponibilité du dépôt de zone (lorsque l'ONPPC traverse des périodes difficiles).

Au cours du transport, un certain nombre de précautions sont pris pour assurer la qualité des produits, notamment : le relevé des températures, le contrôle de l'étiquetage, le rangement des vaccins en tenant compte de la chaîne de froid, le rangement des médicaments en fonction de la date de péremption et des voies d'administration, informations sur l'arrivage, la réception et l'emmagasinage par le responsable chaîne de froid.

Des prélèvements d'échantillons de lots de produits sont effectués par l'ONPPC et envoyés au Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX) en vue d'un contrôle de qualité des produits.

Le Lanspex, Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise est l'organe responsable du contrôle de la qualité des produits.

C'est un Etablissement Public à caractère Administratif créé depuis 1980, et transformé en EPA ; il assure le contrôle de qualité des médicaments, des produits, et des denrées alimentaires. C'est un centre agréé par l'OMS qui l'a érigée en laboratoire de référence de la sous région ouest africaine.

Depuis 1999, il est fait obligation aux établissements d'importation et de fabrication d'assurer le contrôle de qualité des médicaments génériques.

Lorsque la qualité du produit est affectée, il existe une procédure de renvoi du produit au fournisseur.

Au niveau de chaque région, Il existe un comité de destruction des produits périmés.

Mais, il a été noté le besoin de définir des normes de destruction.

Il a également été signalé l'absence de pharmacovigilance.

### **Procédures de contrôle de l'inventaire**

Un système d'inventaire annuel au niveau de toutes les pharmacies et tous les dépôts est assuré par un cabinet privé et est axé sur la comptabilité.

Il existe deux types d'inventaire :

- Un inventaire mensuel au niveau de toutes les structures sanitaires et ;
- Un inventaire annuel au niveau des formations sanitaires et des pharmacies populaires.

Ces deux inventaires se font sur la base des supports élaborés à cet effet. Les inventaires sont régis par un certain nombre de procédures, tels que premier périmé, premier sorti (PPPS) et sont quantifiés, valorisés et certifiés.

Dans la pratique, le programme gère et fait sortir le stock selon les procédures de contrôle d'inventaire PPPS à tous les niveaux.

L'inventaire peut être théorique, basée sur le contenu des fiches, ou physique, lors des monitorages, et dans le cadre du recouvrement des coûts au niveau des CHR et DS.

L'inventaire physique mensuel est réalisé par le gérant au niveau des pharmacies. Au niveau des formations sanitaires le recouvrement de coût renforce le contrôle mensuel.

Les produits périmés sont sortis du stock chaque mois. A la fin de l'année l'inventaire est fait avec un huissier de justice. Les produits sont valorisés et détruits très souvent par le comité de gestion et l'agent d'hygiène et d'assainissement et un procès verbal est établi.

Au niveau des pharmacies populaires un état des produits périmés ou endommagés est tenu le jour au jour et ces produits sont envoyés aux dépôts régionaux, suivi d'un rapport et sanctionné par un procès verbal.

Selon les données du terrain,

- Il n'existe pas de directives formelles de contrôle ;
- les directives et les politiques établies concernant les niveaux maximum et minimum des stocks de produits ne sont pas toujours observées par les CSI et l'HD ;
- les inventaires révèlent parfois des cas de surstockage principalement en cas de dons de produits, et dans ce cas, ils sont transférés soit au siège soit aux autres dépôts de zone ;
- Il n'y a pas des dispositions écrites pour la redistribution des produits sur stockés ;
- les produits en voie de péremption sont échangés entre le CSI concerné et un autre CSI capable de consommer ledit produit avant la date de péremption.

### **Entreposage/stockage**

Les stockages doivent respecter les normes de stockage de l'OMS sur les produits.

Il est mis à la disposition des structures des consignes de sécurité concernant les étagères, palettes, aération, non exposition au soleil, chambre froide et la température ambiante qui ne doit pas excéder 25 degrés.

Les produits sensibles tels que les vaccins et sérums doivent être maintenus sous chaîne de froid.

Un contrôle de la qualité des produits est assuré par le LANSPEX au niveau central à l'ONPPC en ce qui concerne les MEG y compris les produits de la SR et les autres MEG commandés de l'extérieur par l'ONPPC

Il n'y a pas de directives écrites du programme dictant le système d'entreposage des produits au niveau des DS, mais il existe un système d'entreposage mis en place au niveau CSI et HD basé sur l'expérience des gestionnaires des pharmacies de ces

structures : système de classification par voie d'administration : orale, injectable, externe et ensuite par ordre alphabétique à l'intérieur de chaque type de classification.

La chaîne de froid est assurée à tous les niveaux jusqu'au niveau CSI.

L'inspection visuelle des produits contrôle l'étanchéité de l'emballage, la consistance du contenu, la couleur du produit. Elle est faite au cours des supervisions trimestrielles.

Des directives écrites pour la destruction des produits endommagés ou expirés existent au niveau des Pharmacie populaire : la destruction se fait au niveau du dépôt régional.

Selon les données du terrain :

- les commandes faites à l'ONPPC ou à la pharmacie populaire sont généralement livrées dans les délais ;
- La capacité de stockage des formations sanitaires, est estimée adéquate pour contenir les quantités de produits à tous les niveaux : Régional, District, Points de prestation de services ;
- Cependant, dans l'une des régions, l'aire de stockage est estimée insuffisante, et du coup les conditions de stockage ne sont pas respectées : existence de termites et chaleur excessive dans les magasins ;
- Au niveau de certaines pharmacies populaires, l'aire de stockage est estimée inadéquate : les produits sont entreposés à même le sol et aucun plan d'agrandissement n'est prévu ;
- Des ruptures ou des menaces de ruptures dans les stocks des programmes sont observées ;
- Il n'existe pas de directives écrites pour les objets tranchants et matériels dangereux ainsi que d'autres déchets médicaux ;
- Il a été aussi rapporté l'inexistence de compétences pour le contrôle de qualité sur le terrain ;
- La destruction des produits périmés se fait en collaboration avec tous les services de santé, police, gendarmerie, communauté sur instruction des gouvernorats ;
- Il a été signalé l'existence d'un marché parallèle des médicaments auquel les femmes font recours en cas de rupture de produits.

### **Transport/distribution**

Pour assurer la distribution des produits, l'ONPPC a mis en place trois (3) dépôts de zone qui doivent desservir les 48 pharmacies populaires du pays.

Tous les produits sont distribués ensemble sauf les ARV et les VAT.

La distribution des produits contraceptifs est intégrée au circuit des médicaments essentiels génériques (MEG).

Les produits de la SR/PF sont inscrits sur la liste des MEG.

A la livraison, un accusé de réception est fourni et certifié.

Au niveau de chaque dépôt, un camion et un véhicule assurent la distribution des produits aux pharmacies populaires.

L'ONPPC approvisionne les dépôts régionaux tous les mois. Chaque dépôt établit un calendrier de livraison par semaine.

Les dépôts doivent approvisionner les pharmacies populaires dans un délai de 7 à 14 jours après réception d'une commande.

Mais, généralement les formations sanitaires utilisent leurs propres véhicules pour prendre leurs commandes au niveau des pharmacies populaires.

La capacité de stockage de l'ONPPC est adéquate pour contenir les quantités actuelles de produits aux niveaux Central, Régional

Les prix des produits livrés par l'ONPPC sont les mêmes sur toute l'étendue du territoire du Niger.

Il existe un système de sous-traitance en cas de besoin dans le cadre de la livraison des produits. Il consiste à l'utilisation des sociétés privées de transport agréées du pays.

En cas de rupture, un envoi spécial est fait à travers les sociétés de transports en commun (SNTV).

Le budget de l'ONPPC assure les frais inhérents à son fonctionnement tels que le salaire du personnel, le fonctionnement courant, eau et électricité.

Au niveau des formations sanitaires, DRSP, DS, CSI, il existe des crédits délégués de l'Etat pour l'entretien de véhicules, le carburant et les salaires des chauffeurs.

A côté de ce système public, on note une intervention du secteur privé pharmaceutique à travers les onze (11) centrales d'achat privées. Au niveau des régions et départements, l'approvisionnement est soutenu par deux (2) dépôts régionaux (succursales de Pharma Tech et Multi M à Maradi) et soixante treize (73) pharmacies privées.

Il ressort du terrain que :

- Les commandes des formations sanitaires suivent le circuit suivant : Commande des CSI transmise au DS, visa de l'ECD et des comités de gestion, transmission de la commande à la pharmacie, livraison au DS et les CSI viennent chercher ;
- La (location de) charrette est souvent utilisée pour le transport des produits vers les structures périphériques ;
- Au niveau des pharmacies populaires, on déplore souvent le manque de véhicule pour assurer la livraison des commandes des CSI et autres clients privés ;
- Lorsqu'un produit n'est pas disponible à la pharmacie populaire, les formations sanitaires peuvent s'approvisionner au niveau des pharmacies privées ;
- Il arrive que des formations sanitaires enregistrent des fonds externes au cours des activités ponctuelles comme les Journées Nationales de Vaccination (JNV).



## **b. Points forts/ Opportunités**

- 1 La capacité de stockage de l'ONPPC est adéquate pour contenir les quantités actuelles de produits aux niveaux Central, Régional ;
- 2 Les prix des produits livrés par l'ONPPC sont les mêmes sur toute l'étendue du territoire du Niger ;
- 1 L'ONPPC utilise ses moyens pour le ravitaillement des formations sanitaires jusqu'au niveau district sanitaire en cas de besoin, fait recours au service de transport des sociétés privées agréées ;
- 2 Un circuit de distribution existe et est respecté (dépôts zones pharmacies populaires) ;
- 3 La distribution des produits contraceptifs est intégrée au circuit MEG ;
- 4 Les produits de la SR/PF sont inscrits sur la liste des MEG ;
- 5 Existence des étagères dans toutes les pharmacies visitées publiques, privées ;
- 6 Existence de rapports de gérants ;
- 7 Existence des normes et standards en matière de SR ;
- 8 Existence de fiche de gestion de stock à tous les niveaux ;
- 9 Existence de radios BLU dans la majorité des CSI facilitant la transmission des données surtout pour les MDO (Maladie à Déclaration Obligatoire) ;
- 10 Existence des COGES/COSAS au niveau des formations sanitaires ;
- 11 Existence d'agents formés en guide SPT dans presque tous les CSI et HD ;
- 12 Existence d'une chaîne de froid dans tous les points de prestations (CHR, HD et CSI et pharmacie populaire) ;
- 13 Existence de partenaires potentiels spécifiques aux régions et districts sanitaires pour soutenir la SR .

## **c. Points faibles**

- 2 Irrégularité et insuffisance dans l'acquisition des produits de la SR par l'Etat ;
- 3 Les compétences en estimation (globale) au niveau national des besoins en produits contraceptifs sont insuffisantes ;
- 4 Insuffisance et vétusté de véhicules pour la livraison des commandes des formations sanitaires (privées et publiques au niveau de l'ONPPC) ;
- 5 Les pharmaciens responsables des dépôts de zones n'ont pas tous reçu de formation en logiciel de gestion de stocks CCM mis en place à la portion centrale par UNFPA. Aucune autre formation sur un autre système de gestion ne leur a été fournie. Les besoins d'assistance en gestion logistique et en informatique existent au niveau des dépôts de zones ;
- 6 Les données sur les produits contraceptifs et autres produits de la SR sont peu accessibles chez les grossistes privés ;
- 7 Les ruptures fréquentes de certaines molécules essentielles surtout dans le cadre de SONU et AMIU (exemple : le sulfate de magnésium, les anesthésiques etc.);
- 8 La faible capacité de gestion des stocks dans le système de distribution au niveau des formations sanitaires publiques occasionnant des ruptures et/ou péremptions de stock fréquentes;

- 9 Les données de consommation et de distribution ne remontent pas au niveau de la DSR ;
- 7 Absence de guide SPT et des fiches de gestion des stocks dans certains points de prestation de services ;
- 7 Insuffisance de supports de collectes de données (rapports trimestriels, annuels) ;
- 7 Insuffisance de personnel en quantité et en qualité à certains niveaux;
- 7 Normes d'entreposage non conformes ;
- 7 Insuffisance des supervisions par le dépôt régional et le siège ONPPC (niveau

#### **d. Recommandations**

0. Renforcer les capacités des formations sanitaires en matière d'estimation de leurs besoins en produits SR ;
0. Renforcer les compétences des agents en matière d'estimation des besoins en médicaments surtout ceux des SONU afin de pouvoir les rendre disponibles ;
0. Doter les formations sanitaires de véhicules appropriés et suffisants pour la distribution des produits de la SR ;
0. Adapter et vulgariser les documents des normes et autres modules de traitement et prise en charge de certaines pathologies ;
0. Amener les écoles de santé publique à prendre en compte les aspects de la SR en général et la PF en particulier dans leur curricula de formation;
0. Optimiser et renforcer la structure nationale d'approvisionnement en produits pharmaceutiques en la dotant de moyens adéquats ;
0. Allouer un crédit pour l'approvisionnement des produits de la SR ;
0. Intégrer l'approvisionnement des produits SR dans les circuits en MEG de l'ONPPC;
0. Renforcer le Système National d'Information Sanitaire en matériel et équipement et autres ressources afin de pouvoir assurer le recueil de données fiables sur l'utilisation des produits de la SR ;
0. Adapter et mettre en place des supports pour la gestion des stocks en produits de la SR (commande, gestion de stock, prévision, distribution, inventaire, transmission de l'information etc.) ;
0. Faire deux fois par an les prévisions pour les produits de la SR ;
0. Renforcer les capacités des structures de l'ONPPC chargées de la distribution des produits sur le plan national, en personnel (en quantité et en qualité), en véhicules suffisants, en logiciel de gestion de stocks etc ;
0. Assurer une meilleure estimation des besoins et les transmettre aux structures d'approvisionnement en vue de leur prise en compte lors des appels d'offre;
0. Veiller à une meilleure implication du secteur privé pour rendre les produits SR disponibles à tous les niveaux.

#### **5. 8. Implication du Secteur Privé**

##### Définition

Dans cette analyse on entend par secteur privé les acteurs de la SR autres que l'Etat et les PTF tels que : les ONG et les associations, le Programme de marketing social, les cliniques, les cabinets, les salles de soins, les producteurs, les pharmacies, dépôts pharmaceutiques et centrales d'achats privés et les divers groupements.

##### ***Description de la situation actuelle***

Des données précises sur la situation de l'offre privée de soins font défaut. La partie de l'offre de soins à but non lucrative : le secteur confessionnel, des ONG et du milieu associatif (estimé à 61 dont 22 nationales) doit néanmoins retenir toute l'attention du MSP/LCE au même titre que celui de l'offre privée au sens strict ou dite « libérale ».

Le secteur privé a connu un développement très important ces 10 dernières années, mais essentiellement limité au milieu urbain.

### **Cadre légal du secteur privé et orientations stratégiques**

Le décret N° 98-329/PRN/MSP du 19 novembre 1998 définit les structures sanitaires privées ainsi qu'il suit :

- le cabinet médical a vocation de centre de tri et de soins ;
- la clinique médicale ou chirurgicale est un établissement privé de santé accueillant des malades devant y recevoir tous les soins médicaux ou chirurgicaux nécessités par leur état ;
- la polyclinique ou l'hôpital est un établissement médicochirurgical privé regroupant plusieurs spécialités et assurant l'hospitalisation et des soins ambulatoires ;
- le cabinet de soins infirmiers est un établissement privé de santé ayant pour vocation la consultation de premier niveau, l'administration de soins prescrits et de prestations de soins infirmiers ;
- la salle de soins infirmiers est un établissement privé de santé ayant pour vocation l'administration des soins prescrits et des prestations de soins infirmiers.

Un certain nombre d'arrêtés ministériels sont censés fixer le nombre d'habitants requis pour (i) la création d'un établissement privé, (ii) les normes relatives à l'infrastructure, au personnel, à l'équipement technique et à l'hôtellerie et (iii) les tarifs.

La création, l'achat, l'extension ou le transfert d'un établissement privé de santé doit faire l'objet d'une licence délivrée par le ministre chargé de la santé.

Il est prévu par le même décret que l'inspection des établissements privés soit effectuée par les services compétents du MSP et qu'elle porte (i) sur la conformité des infrastructures, du personnel et de l'équipement, (ii) sur le respect et l'application des textes législatifs et réglementaires et (iii) sur le contrôle de la qualité des prestations.

La loi N° 98-016 du 15 juin 1998 stipule en son article 6 que : « l'exercice de la profession de santé à titre privé est incompatible avec ...tout emploi de la fonction publique... ».

Les actions prioritaires contenues dans les orientations stratégiques sont les suivantes<sup>14</sup> :

- Elaboration d'un plan directeur d'implantation des structures sanitaires privées ;
- Renforcement de l'implication du secteur privé dans la mise en œuvre de la politique de santé ;
- Définition d'un PMA, de normes en personnel et en équipement pour le secteur privé;

---

<sup>14</sup> Orientations stratégiques pour le développement sanitaire de la 1<sup>ère</sup> décennie du 21<sup>ème</sup> (2002-2011)

- Renforcement de la législation et de la réglementation du secteur privé de la santé.

Le secteur privé de soins s'est fort développé, soit 10 fois plus en 10 ans. (De 30 établissements en 1994 à près de 300 en 2003) Sur les 50 structures visitées lors de notre enquête à Niamey, 30 se sont créées entre 1994 et 2003 et 13 entre 1973 et 1999, c'est-à-dire 3 par an durant les dix dernières années contre 0,65/an durant les 20 années précédentes. Le secteur se développe surtout en milieu urbain pour plusieurs raisons qu'il faudrait étudier, mais qui pourrait s'expliquer en grande partie par la loi de l'offre et de la demande.

En 10 ans, le nombre de centrales d'achat de médicaments est passé de 2 en 1999 à 11 à la fin de l'année 2006. Cette tendance est la même en ce qui concerne les officines dont on enregistre aujourd'hui 73 à travers le pays avec une forte concentration (59) à Niamey.

### ***Contribution du secteur privé dans les prestations de SR***

A partir de la revue documentaire et des résultats de l'analyse de situation de terrain il ressort que :

Les prestations des services SR y compris la distribution des produits de la SR est assurée en partie par les structures privées licites (pharmacies et centrales d'achat) et le marché illicite (pharmacie par terre, vendeurs ambulants).

4% des<sup>15</sup> femmes qui ont un niveau secondaire ou plus accouchent dans un établissement privé.

Pour leurs besoins en contraception moderne<sup>16</sup>, 67% des femmes se sont adressées au secteur médical public, ¼ soit 24 % s'est adressé au secteur médical privé et 17 % se sont orientés vers d'autres sources non médicales dont 11 % chez les vendeurs ambulants.

Les données collectées sur le terrain au niveau de certains acteurs privés non lucratifs se trouvent exposées ci dessous.

**L'ANBEF** apporte un appui important dans ce secteur. En effet, elle dispose de structures cliniques SR, de centres spécialisés pour l'offre de services de santé sexuelle et reproductive aux jeunes et adolescents, d'un réseau de pairs éducateurs organisés au niveau des centres de jeunes et d'agents de santé communautaire formés au niveau des cases de santé qui assurent la DBC, et d'autres activités préventives de santé maternelle et infantile, des activités de SR notamment la contraception, la PTME.

---

<sup>15</sup> EDSN-MICSIII 2006

<sup>16</sup> Idem

L'ANBEF assure la disponibilité des produits à travers ses partenaires extérieurs comme l'IPPF:

- Fourniture de toute la Gamme contraceptive: sauf les implants (2 cliniques intégrées et 4 centres conseil et éducation pour jeunes, 10 cases de santé et 6 villages à travers des activités foraines) ;
- Rétrocédait les produits moins chers que dans les structures publiques;
- Introduction de la contraception d'urgence et soins post avortement.

La stratégie du **Marketing Social/Prévention du SIDA**<sup>17</sup> a pour but de rendre disponible les préservatifs masculins de qualité (« Visa » devenu « Foula ») à un prix subventionné abordable à toute la population sexuellement active à travers un réseau performant de distribution privé, le tout accompagné d'activités de promotion et de communication pour le changement de comportement incitant les clients à utiliser ces produits avec l'implication de plusieurs acteurs (médias, éducation, ONGs/Association).

Le circuit de distribution du Marketing Social est constitué d'un réseau des 34 grossistes, 10 semi-grossistes et 2641 détaillants en fin 2006 dans l'ensemble du pays. Depuis son démarrage en mars 2003, plus de 10 millions d'unités de condoms Foula ont été distribués.

Il dispose d'un stock de plus d'un million d'unités du condom « Foula » et 9 millions seront réceptionnés en 2007.

Il est prévu dans cette première phase du projet l'intégration des messages axés sur la prévention des IST/VIH/SIDA et des grossesses non désirées avec l'introduction d'un nouveau produit contraceptif dans la seconde phase qui démarre en 2008. Son financement pour la deuxième phase d'un montant de 3 millions d'Euro vient d'être réaffirmé par la KfW

**Les Associations confessionnelles** contribuent de façon substantielle aux activités de vaccination et de lutte contre les IST/VIH/SIDA à travers la sensibilisation. L'Hôpital (SIM) de Galmi est un site PTME et centre prescripteur des ARV. Le centre de Bermo (District sanitaire de Dakoro) pour les activités préventives. CSI de Tchirozerine PMA intégré (Diocèse de Maradi). Au niveau du diocèse de Niamey, il existe un centre de prise en charge et d'accompagnement des malades du SIDA (Saga). Il y a aussi le comité diocésain de lutte contre le sida a travers la CADEV (Caritas Développement).

**Des centres de Jeunes (10 ?) sont mis en place avec l'appui de l'UNFPA** pour permettre aux jeunes une meilleure accessibilité aux informations sur les IST/VIH/SIDA, aux conseils et à la référence aux structures prestataires de services appropriés. Celui de Boukoki est doté d'une ligne verte gérée par des jeunes qui permet aux jeunes d'avoir accès à des informations sur la SSRAJ.

---

<sup>17</sup> Rapport activités Marketing Social/Prévention du SIDA, 2006.

Les groupements (fada) assurent la sensibilisation des populations sur les problèmes de santé en général et de la SR en particulier.

Un réseau des acteurs intervenant dans la lutte contre le SIDA et les IST (RAIL/SIDA) existe et regroupe 54 ONG et associations du secteur de la santé. Ce réseau contribue à la coordination des actions relatives au VIH/SIDA dans le secteur privé non lucratif.

Les pharmacies privées offrent des services directement aux clients. Il s'agit surtout des préservatifs, des injectables et des pilules (cf. Tableau ci-dessous).

**Tableau 4 : Etat de distribution des condoms en 2006**

Organisation ou structure	Marques	Prix de cession	Points de distribution	Quantité
Pharmacies Privées	Presa, Manix, etc	83 à 833 f CFA/ unité	P. Privées	101 000
ONPPC	Condom carré	75 f	P.Pop	93 000
COPHARNI	28 games	Variable	P.Privées	30 100
UNFPA	Condom carré	12.5 f/unité	FSP, ONG et Associations	374 000 mis à la disposition de l'ONPPC
ANBEF	Condom carré	25f /3 unités de condoms masculin et 100 f le féminin	FSP, ONG et Associations	7 768 condoms masculins et 617 female condom
Marketing Social	VISA/Foula	75f /3 unités	Réseau de distribution + points de vente	3 570 685 en environ 10 000 000 en 3 ans.
Autres	Prudence, gold circle Twin lotus etc	80f/ 100f et 400 f respectitif	Frontières Nigéria, B. Faso et Bénin	faible
Total				4 177 163

Source ; Projet Marketing social/ Prévention du VIH/SIDA, 2006

### **Points forts**

- L'exonération des taxes sur les médicaments au niveau public et au niveau du secteur privé ;
- Il existe un mécanisme de suivi des prix de tous les médicaments jusqu'au niveau des points de distribution aussi bien dans le public que le privé, ce qui rend accessible les médicaments aux populations ;
- Le secteur privé peut combler les faiblesses au niveau du public : disponibilité des stocks, l'accessibilité géographique, fournitures de ressources humaines qualifiées, l'offre des soins et des services (segmentation du marché) ainsi que l'assistance technique et financière.

### **Points faibles**

- Les données des structures privées ne sont pas suffisamment prises en compte dans le calcul de la couverture et autres statistiques sanitaires (les données statistiques du secteur privé méconnues et sous exploitées) ;
- Absence de textes d'application des différentes lois régissant le secteur privé ;  
Le rôle de complémentarité que le secteur privé devrait jouer n'est pas clairement défini.
- Le rôle de régulation de l'Etat n'est pas effectif
- Insuffisances de coordination des interventions des acteurs impliqués dans les activités SR ;
- La contractualisation entre les services publics et privés est insuffisante ;
- Insuffisance et/ou manque de compétences et professionnalisme structures privées lucratives et non lucratives en matière de mise en œuvre des interventions de SR.

### **Opportunités**

- Existence de réseaux de distribution des produits SR ;
- Existence de structures nationales en charge de suivi du secteur privé ;
- Intérêt clairement affiché de certains partenaires à soutenir le secteur privé

### **Recommandations**

- Créer un cadre de concertation entre le secteur privé et public dans le domaine de la SR ;
- Impliquer davantage le secteur privé dans la mise en œuvre des activités SR ;
- Rendre effective les mutations institutionnelles amorcées (exemple des mutuelles de santé) ;
- Plaidoyer pour la mise en place d'un mécanisme pour garantir sa représentation effective dans les organes de conception et de suivi des plans stratégiques;
- Etablir un mécanisme de collecte et de remontée des données du secteur privé;



- Réaliser des études de segmentation du marché;
- Mettre en place un système de contractualisation avec l'Etat dans les domaines du stockage, du transport et de la distribution des produits de SR pour couvrir toute l'étendue du territoire national;
- Assurer le renforcement des capacités du secteur privé dans le domaine de la SR.

## **5.9. Suivi/ Evaluation**

### **a. Description de la situation actuelle**

Le système de santé dispose d'un guide de suivi-évaluation. Ce document est la référence pour tous les intervenants dans la mise en œuvre du PDS.

Le guide suivi/évaluation

- 1 décrit le processus de suivi/évaluation ;
- 1 expose la méthodologie des études à réaliser ;
- 1 explique les procédures de recueil et de traitement des informations à tous les niveaux ;
- 1 fournit les outils appropriés par niveau et pour chaque type d'information recherchée.

Le rôle du suivi/ évaluation est de systématiser le processus de collecte, d'analyse, de traitement et de diffusion de l'information, d'identifier les problèmes, d'alerter le comité de pilotage du PDS via le comité technique de santé du MSP et de proposer des mesures correctives. Ses objectifs sont :

1. fixer des indicateurs partagés, réalistes et claires par activité ;
2. mesurer les écarts par rapports aux prévisions (identifier ainsi les situations problématiques qui peuvent compromettre l'atteinte des objectifs) ;
3. proposer des mesures correctives et des alternatives pour une prise de décision adaptée ;
4. restituer les informations du suivi /évaluation sous forme de rapports périodiques pour une meilleure information des structures de MSP et des PTF ;
5. constituer une base de données à travers les directions ; les projets et programmes.

Les organes de suivi/évaluation sont décrits dans le tableau suivant :

<b>Niveau</b>	<b>Organes de décision</b>	<b>Organes techniques</b>
CSI	Comité de santé : réunions trimestrielles	Comité de gestion : réunions mensuelles
Commune	Comité communal de santé : réunions trimestrielles	Idem
District Sanitaire	Comité de santé de district : réunions semestrielles	Comité technique de district : réunions de coordination trimestrielles
Région	Comité régional de santé : réunions semestrielles	Comité technique régional : réunion de coordination semestrielles
National	Comité national de santé : réunions semestrielles	Comité technique national : réunions de coordination semestrielles

Source : guide de suivi/ évaluation du PDS..

Commentaire :

Les organes de décision ajustent les orientations et l'affectation des ressources au regard des résultats et des propositions des organes techniques. Ces derniers assurent la mise en œuvre du PDS et son suivi sur la base de leur contrat de performance.

Les PTF participent aux réunions de tous les organes.

En outre, à côté de ces procédures et organes, il existe d'autres outils de suivi/évaluation des activités sur le terrain. Ce sont principalement :

- 13 le guide de supervision bien structuré et par niveau ;
- 14 le guide de rédaction des rapports d'activités et de mécanisme de transmission ;
- 3 les structures de programmation et d'information sanitaires au niveau national (DEP, DOS à travers la division santé communautaire, SNIS, Direction de la Statistique), des régions (DRSP, SPIS) et districts (CSE). Ces structures assurent l'analyse préalable des données avant de les transmettre au niveau hiérarchique supérieur ; toutes les structures à tous les niveaux établissent leur PAA annuel examiné par les structures de décisions (comité de gestion, comité technique de district comité technique régional, comité technique national).
- 6 Le guide de monitoring des CSI. Ce monitoring est effectué semestriellement ;
- 5 Les inspections sont souvent diligentées suivant certaines normes et standards pré établis ;
- 6 Les manuels de procédures administratives et financières pour l'exécution des audits internes et externes des différents services.

Dans la pratique, le suivi/évaluation se résume en :

- Des supervisions irrégulières à tous les niveaux (exemple : la pharmacie populaire d'Arlit n'a été supervisée qu'une seule fois en 3 ans) ;
- Les monitorages sont réalisés en général une fois l'an dans la majorité des CSI ;
- Les audits sont rares et n'interviennent qu'après des problèmes (cas du CSI de Magami district sanitaire d'Aguié)
- Les réunions de comité de santé sont très irrégulières à tous niveaux.

#### **b) Points forts**

- Existence d'un guide de suivi-évaluation des activités du **PDS** ;
- Existence de documents qui définissent les mécanismes de suivi des activités de terrain (prescription, dépistage, supervision pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire etc...) ;
- Définition et exécution de supervisions formative par les différents niveaux (central, DRSP et ECD et même du CSI a la case de santé) quoique irrégulières ;
- Monitoring des activités du PMA (Paquet Minimum d'Activités) réalisé en principe tous les 6 mois quoique irrégulier ;
- Existence de supports pour le suivi des activités à améliorer. (exemple : fiches de gestion de stock, inventaire, rapports, logiciel de gestion au niveau régional et district sanitaire) ;
- Existence d'un système national d'informations sanitaires et des directions nationales chargées de la collecte, traitement, conservation des données et de la planification ;
- Existence des organes de suivi/évaluation à tous les niveaux ;
- Existence d'un système formel de distribution des médicaments (ONPPC) avec ses supports de suivi/évaluation.

#### **c. Points faibles**

- Irrégularité des réunions de coordination à tous les niveaux ;
- Multiplicité de supports de gestion et de service ;
- Insuffisance de ressources (humaines, matérielles et financières) pour le suivi/évaluation ;
- Inadaptation des outils de collecte de données et leur manque d'harmonisation
- Insuffisance de contrôles internes et externes ainsi que les audits ;
- Irrégularité des inspections ;

#### **d. Recommandations**

- 1 Harmoniser les différents supports et outils de collectes de données afin de faciliter les contrôles et la comparaison lors des missions de suivi/ évaluation ;
- 2 Rendre régulière avec des périodicités claires les activités de suivi/ évaluation ;
- 3 Doter les structures à tous les niveaux des moyens adéquats pour assurer un meilleur suivi de leurs activités ;
- 4 Redynamiser le système de réseautage mis en place par le SNIS par niveau pour faciliter les échanges d'informations sanitaires ;

## Conclusion

L'analyse situationnelle du système de la logistique en Santé de la Reproduction réalisée à travers la revue de la documentation existante, les visites de terrain, les interviews individuelles, les groupes de discussions dirigées, nous a permis d'identifier les forces et les faiblesses du système et formuler des recommandations en vue de lever les goulots d'étranglement.

La conduite de l'étude faite en plusieurs étapes dont l'adaptation de l'outil de collecte de données (RHCSAT) ne s'est pas faite sans difficultés comme la non prise en compte effective des aspects de gestion des produits SR par le SNIS, le manque de données récentes fiables de consommation de produits SR en général et contraceptifs en particulier du fait des ruptures enregistrées ces dernières années ; etc.

Ainsi, les principales faiblesses relevées se résument : en l'inadaptation des supports au niveau du système d'information de gestion logistique, l'insuffisance de la formation des prestataires, l'insuffisance de la formation en gestion des stocks des produits de SR, la coordination des financements et des activités de la SR pas toujours assurée, la faible implication du secteur privé, l'insuffisance de financement des activités de la SR surtout dans le cadre des gratuités prônées par l'Etat ; etc. Tous ces problèmes de santé de la reproduction ne peuvent être résolus que si des produits de Santé de la Reproduction de qualité et en bonne quantité sont disponibles à chaque fois que la population exprime le besoin.

Par ailleurs, les perspectives de la sécurisation en produits de santé de la reproduction sont prometteuses notamment avec le cadre institutionnel et juridique mis en place, des documents d'orientation élaborés et adoptés, le fort engagement de l'Etat à faire de la Santé de la mère et de l'enfant une réalité mais aussi la volonté des partenaires techniques et financiers à accompagner le Niger dans la mise en œuvre de sa politique sanitaire en générale et l'atteinte des Objectifs Millenium de Développement auxquels le Niger a souscrit.

Les prochaines étapes du processus de sécurisation des produits de SR au Niger sont l'élaboration d'un plan stratégique de sécurisation des produits de SR qui s'intégrera dans le Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 et prendra en compte les multiples défis contenus dans le Programme National de la Santé de la Reproduction 2005-2009.