ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE

PROFIL SANITAIRE : NIGER 2020

Aout 2020

Auteurs :

Dr MOUNKAILA Aïda, Directrice des Statistiques /Ministère de la Santé Publique
Email : ds.msp.ne21@gmail.com

M. Ado Bagobiri, Cadre de la Direction des Statistiques / Ministère de la Santé Publique
ado_adamou@yahoo.fr

Table des matières

Table des Figures *2*

Introduction *4*

Situation géographique et climatique 4

Situation administrative 4

Situation démographique 5

Situation socio-économique 5

Situation sanitaire 5

Figure 2. Pyramide Sanitaire du Niger, 2019 6

Organisation, collecte, analyse et validation des données pour la production du profil pays 6

I. Indicateurs sociodémographiques *6*

II. Etat de santé *8*

2.1. Mortalité 8

2.2. Morbidité 9

2.2.1. Maladies transmissibles 9

2.2.2. Maladies non transmissibles 9

III. Organisation et fonctionnement du système national de santé *9*

3.1. Gouvernance et financement de la santé 9

3.2. Disponibilité du personnel de santé 11

3.3. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé 12

3.4. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé 13

3.5. Couverture des programmes d'intervention prioritaires en santé 15

3.6. Facteurs et comportements à risque 17

IV. Situation des maladies à potentiel épidémique *18*

V. Conclusion *20*

Table des Figures

Figure 1. *Carte du Niger (source : https://niger-news.com/le-niger-formellement-deconseille-aux-expatries-francais-officiel/)* 4
Figure 2. Pyramide Sanitaire du Niger, 2019 6
Figure 3*. Pyramide des âges, Niger 2019 (INS)* 7
Figure 4*. Évolution de la mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile et maternelle de 2006 à 2015 au Niger* 8
Figure 5*. Évolution des dépenses totales de santé par habitant et des dépenses publiques de santé par habitant de 2015 à 2019 au Niger* 10
Figure 6*. Évolution du pourcentage des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de l'État et des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé de 2015 à 2019 au Niger* 10
Figure 7*. Évolution de la densité du personnel de santé de 2015 et 2019 au Niger* 12
Figure 8*. Évolution des établissements de soins pour 10 000 habitants au Niger de 2015 à 2019* 13
Figure 9*. Évolution des consultations externes par habitant et de la disponibilité des MEG au Niger de 2015 à 2019* .13
Figure 10*. Évolution de la Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié et du Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé au Niger de 2015 à 2019* 14
Figure 11*. Évolution de quelques couvertures liées aux CPNR au Niger de 2015 à 2019* 15
Figure 12*. Évolution des couvertures vaccinales (Penta 3, VAR1 et complètements vaccinées) au Niger de 2015 à 2019* 16
Figure 13*. Évolution du taux de couverture TARV, taux de détection de la tuberculose et du taux de dépistage des tuberculeux pour le VIH au Niger de 2015 à 2019* 16
Figure 14*. Évolution des indicateurs d'allaitement maternel et du taux d'insuffisance pondérale au Niger de 2015 à 2019* 18
Figure 15*. Évolution des taux d'attaque et de létalité du choléra, méningite et rougeole au Niger de 2015 à 2019* 19
Figure 16*. Évolution des taux de couverture vaccinale MenA et VAR1 au Niger de 2015 à 2019* 19
Figure 17*. Évolution du taux de VAR1 par région du Niger de 2015 à 2019* 19

Introduction

Situation géographique et climatique

Le Niger, Pays d'Afrique de l'ouest, est situé entre 11°37 et 23°23 de latitude nord et entre les méridiens 16° de longitude est et 0°10 de longitude ouest. Avec une superficie de 1 266 491 km², il est le plus vaste des Pays de l'Afrique occidentale.

Il est à 700 km au nord du golfe de Guinée, 1200 km au Sud de la mer méditerranée et 1900 km à l'est de la côte atlantique. Il est limité au nord par la Lybie et l'Algérie, au Sud, par le Nigéria et le Bénin, à l'est par le Tchad et à l'ouest par le Mali et le Burkina Faso. La position géographique du Pays fait de lui un grand carrefour d'échanges entre l'Afrique Subsaharienne et les Pays du Maghreb Arabe.

Les trois quarts du Pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême ouest sur 550 km.



Figure 1. *Carte du Niger (source : https://niger-news.com/le-niger-formellement-deconseille-aux-expatries-francais-officiel/)*

Situé dans une des régions les plus chaudes et les plus ensoleillées de la Terre, le Niger est doté d'un climat essentiellement chaud et sec. On y distingue trois grandes zones climatiques : le régime saharien dans le grand nord, le régime sahélo-saharien de la région centrale méridionale et le régime sahélien semi-aride dans le petit sud.

Situation administrative

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

Situation démographique

Le Niger a une population estimée à environ 22 millions d'habitants en 2019 à prédominance rurale et est composée de neuf groupes ethniques qui sont : les Haoussa, les Djerma-Songhaï, les Arabe, les Boudouma, les Gourmantché, les Kanouri, les Peul, les Touareg et les Toubou.

Situation socio-économique

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

Environ 45 % de la population du Niger vit en dessous du seuil de pauvreté c'est-à-dire vivant avec moins d'un dollar US par jour (enquête ECVMA-2014 – INS). Le PIB est passé de de 7 121,4 milliards de FCFA en 2018 à 7 610,4 en 2019[1]. L'indice de développement humain même s'il reste encore faible évolue favorablement de 0,377 en 2018 à 0,394 en 2019.

Le climat des affaires s'est considérablement amélioré ces 10 dernières années avec surtout l'engagement à faire jouer au secteur privé, un rôle prépondérant dans le développement économique et social basé notamment sur : l'économie de marché, la suppression des monopoles d'Etat et la libre concurrence dans tous les secteurs de l'économie, le désengagement de l'Etat des secteurs productifs et concurrentiels, l'adhésion au processus d'intégration sous-régionale, régionale et mondiale.

Situation sanitaire

Le système de santé nigérien a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- Le niveau central ou national : représenté par le Ministère de la Santé Publique (MSP), il est chargé de mettre en œuvre les politiques définies par le Gouvernement en matière de santé.
- Le niveau intermédiaire : regroupe les Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP) qui sont au nombre de huit. Elles sont chargées de la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement, de la planification et de la coordination de toutes les activités des services de santé en périphérie. Elles assurent aussi la surveillance épidémiologique dans les régions.
- Le niveau périphérique : Il est constitué des districts sanitaires qui sont au nombre de 72 et répartis sur toute l'étendue du territoire national. Le district sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact (Centres de Santé Intégrés [CSI], Cases de santé [CS], Relais Communautaires [Rcom]), et des établissements sanitaires privés. Le tout est appuyé par un hôpital de première référence public, l'Hôpital de District (HD).

Les établissements de santé du Niger sont constitués de six hôpitaux nationaux, un hôpital des armées, sept hôpitaux régionaux, cinq centres régionaux de transfusion sanguine, sept centres régionaux de santé mère et enfant, une maternité de référence nationale, 35 hôpitaux de districts, 325 CSI de type2 ; 781 CSI de type1, 2422 cases de santé tous public et plus de 396 établissements privés tout niveau confondu (Annuaire statistique 2019).

[1]Comptes nationaux de la santé

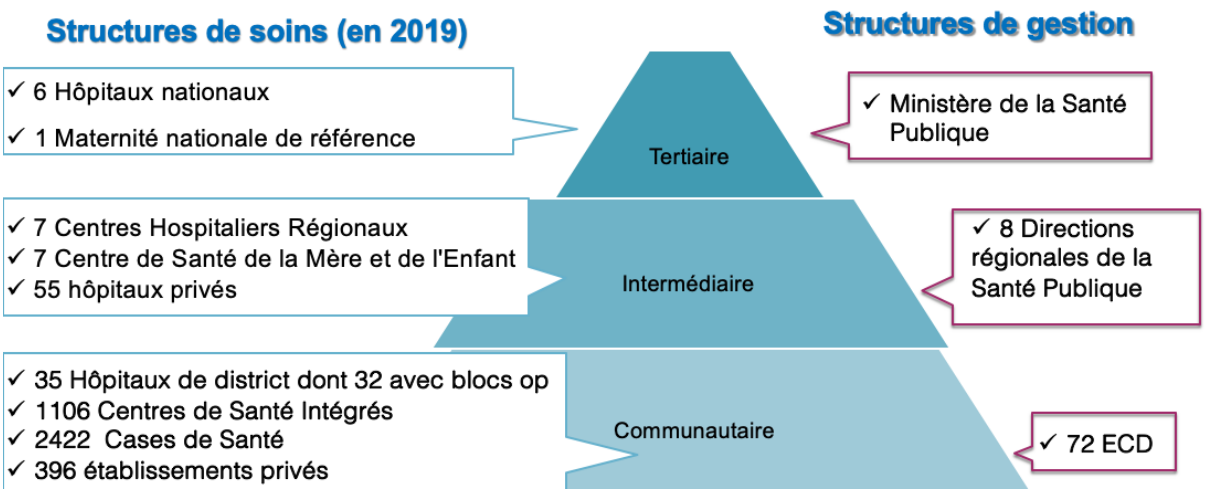


Figure 2. *Pyramide Sanitaire du Niger, 2019*

Organisation, collecte, analyse et validation des données pour la production du profil pays

Une réunion de cadrage a été organisée par l'OOAS en téléconférence le 16 septembre 2020 qui a permis d'expliquer l'objet du travail, les résultats attendus et les échéances.

Le rapport a été rédigé après avoir rassemblé tous les documents validés contenant les informations nécessaires à l'élaboration du profil du 17 au 18 septembre 2020.

Ensuite, le fichier Excel partagé par l'OOAS a été renseigné du 19 au 25 septembre 2020 avec les données de 2015 à 2019 disponibles et validées. Celui-ci a été partagé avec l'OOAS le 16 octobre 2020 pour amendements. Après le feu vert de l'OOAS, le 19 octobre 2020, le narratif du document a commencé à être élaboré. Pour prendre fin le 7 janvier 2021. L'agenda de mise en œuvre est résumé dans le tableau suivant :

Agenda prévisionnel de travail

Tache	Date de début	Date de fin
Réunion de cadrage	16/9/2020	16/9/2020
Collecte documentaire	17/9/2020	18/9/2020
Renseignement du canevas Excel	19/9/2020	25/9/2020
Élaboration draft 0 du rapport profil sanitaire du Niger	28/9/2020/2020	9/10/2020
Présentation du rapport au point focal OOAS Niger	Semaine du 12/10	-
Soumission à l'OOAS	Semaine du 19/10	-

I. Indicateurs sociodémographiques

Sur le plan démographique, en 2019, la population du Niger était estimée à 22 millions d'habitants avec un taux d'accroissement annuel intercensitaire de 3,7% en 2019 (projection RGPH 2012). Cette croissance démographique est corroborée entre autres par un indice synthétique de fécondité de sept enfants/femme) contribuant ainsi au doublement de la population tous les dix-huit ans. C'est une population à prédominance rurale (84%) et très jeune avec une proportion des moins de 15 ans représentant 50%. Ceci a pour conséquence, un rapport de dépendance démographique (<15 et >60 ans) de 1,17 alors que l'espérance de vie à la naissance s'est établie à 65,4 ans (Rapport Projection mis à jour VF09102020).

Le taux d'alphabétisation des jeunes (15–24 ans) est de 28,4% en 2017.

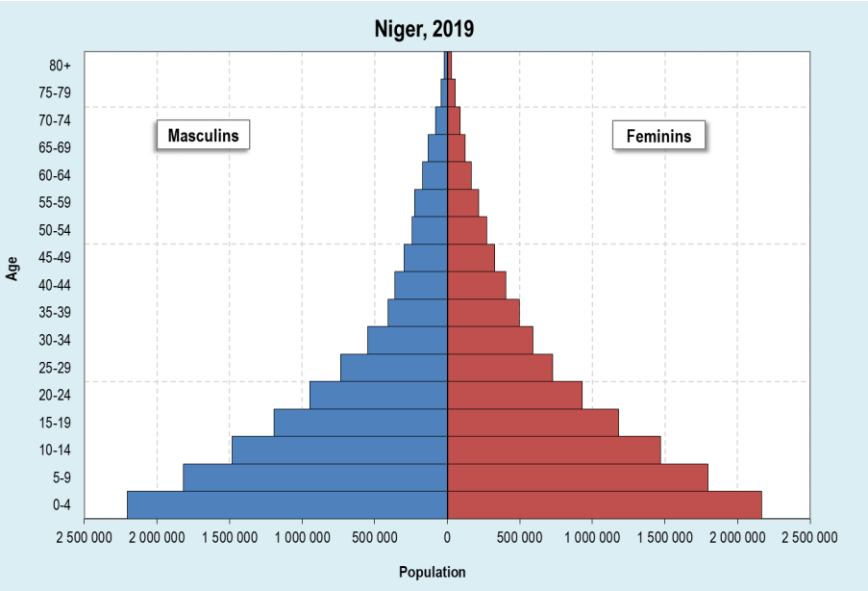


***Figure 3**. Pyramide des âges, Niger 2019 (INS)*

La population du Niger qui était de 18 975 220 habitants en 2015 est passée à 21 942 943 habitants en 2019 soit un taux d'accroissement annuel variant de 3,72 à 3,69%. La proportion de la population vivant dans les zones urbaines varie de 16,14% en 2015 à 16,05% en 2019. Cette situation montre que la grande partie de la population nigérienne vit en milieu rural avec comme activités principales l'agriculture, l'élevage et les cultures de contre saison.

Les femmes constituent un peu plus de la moitié de la population nigérienne (50,3%) durant les cinq années (2015 à 2019).

Le rapport de dépendance démographique (<15 et> 60 ans) quant à lui a varié de 1,19 à 1,17 en 2019. Ce taux n'a naturellement pas connu un véritable changement durant ces 5 dernières années.

Le Taux Global de Fécondité Général (TGFG) était de 232,3‰ en 2015 (Source : ENISED 2015). Il était de 245‰ en 2006 et 268‰ en 2012 (EDSN 2006 et 2012). C'est le lieu de constater que ce taux a connu une baisse considérable de 2012 à 2015. Le même constat s'observe avec l'Indice Synthétique de Fécondité (par femme) ou le nombre moyen d'enfants que peut avoir une femme durant sa période féconde. En effet, il a varié de 7,29 en 2015 à 7,08 enfants par femme en 2019. Ces baisses pourraient s'expliquer par les énormes efforts fournis par l'État et ses partenaires dans le domaine de l'éducation des jeunes filles et la planification familiale.

De nombreux moyens ont été déployés par le Pays pour améliorer le nombre moyen d'années qu'un individu espère vivre de la naissance à sa mort. Cependant, l'espérance de vie à la naissance étant un indicateur à tendance lourde, elle ne peut changer de manière très conséquente en peu de temps. Ainsi, elle est passée de 64,8 ans en 2015 à 65,4 en 2019 (Rapport Projection mis à jour VF09102020). Cette progression est due à l'amélioration des conditions de vie et sanitaires des populations par la mise en œuvre de plusieurs interventions à haut impact notamment la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5 ans, des accouchements, des consultations prénatales recentrées, la lutte contre la maladie à travers divers programmes (Paludisme, Tuberculose, maladies non transmissibles, les maladies cibles du Programme élargi de vaccination qui sont passées de huit en 2015 à neuf antigènes en 2019, etc.)

La population estimée de femmes en âge de procréer, le nombre de grossesses attendues et le nombre d'accouchements attendus ont suivi la même logique de progression que la population totale.

En effet le nombre des femmes en âge de procréer qui était de 3 994 534 en 2015 est passée à 4 655 134 en 2019 (soit une augmentation de 17%), celui des grossesses attendues est passé de 1 053 717 à 1 175 482 et le nombre d'accouchements attendus quant à lui est passé de 842 973 à 940 386 pour la même période. Soit une augmentation de 12% pour les deux derniers indicateurs. (Rapport Projection mis à jour VF09102020).

Pour le taux d'alphabétisation chez les jeunes de 15 à 24 ans, les données les plus récentes sont celles de 2014 avec 44,2% (Enquêtes ECVMA 2014). Par ailleurs, l'étude ERIESI 2017 a montré un taux d'alphabétisation mais cette fois pour les 15ans et plus dans n'importe quelle langue de 28,4% en 2017. Compte tenu d'une cible différente pour les deux enquêtes les chiffres ne peuvent être comparés. Néanmoins, le chiffres restent tout de même bas même si des stratégies sont conduites par le Ministère de l'éducation en vue d'améliorer les indicateurs du secteur. Il s'agit entre autres des campagnes de sensibilisation sur la scolarisation de la jeune fille, les mariages des enfants…

II. Etat de santé

2.1. Mortalité

Le Niger a connu des progrès importants dans le cadre de la réduction de la mortalité néonatale et infanto-juvénile. En effet le taux de mortalité néonatale est passé de 33‰ en 2006 (EDSN 2006) pour se stabiliser à 24‰ en 2012 et 2015 (EDSN 2012 et ENISED 2015). Ce résultat serait obtenu grâce à la mise en œuvre d'importantes activités orientées vers les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) et Complet (SONUC). En effet, les établissements de santé SONUB et SONUC sont passés respectivement de 22 à 26 et 0,99 à 1,2 pour 500 000 habitants entre 2015 et 2018 (Enquêtes SARA 2015 et 2018).

Aussi, la mortalité infantile a connu une baisse significative. Ce taux de mortalité a diminué et est passé de 81‰ en 2006 à 51‰ en 2012 et 2015 (EDSN 2012 et ENISED 2015). Cette diminution résulterait des campagnes de vaccination de routine et de masse chez les enfants âgés de 0 à 11 mois, la gratuité des soins chez les enfants de moins de cinq ans et les campagnes de chimio prévention contre le paludisme saisonnier (CPS) chez les enfants de trois à 59 mois, etc.

Les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le ratio de mortalité maternelle ont tous connu une baisse considérable ces dernières années. En effet ils sont passés respectivement de 198 en 2006 à 126 décès pour 1000 naissances vivantes en 2015 (EDSN 2006 et ENISED 2015) et 648 en 2006 à 520 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2015 (EDSN 2006 et ENISED 2015). L'augmentation de la couverture sanitaire (48,5% en 2015 à 51,53% en 2019), le recrutement des agents qualifiés, la formation des agents sur la CPNR, la formation des relais communautaires sur la reconnaissance des signes de danger, la notification et audit des décès maternels etc. ont beaucoup contribué à la réduction de ces mortalités.

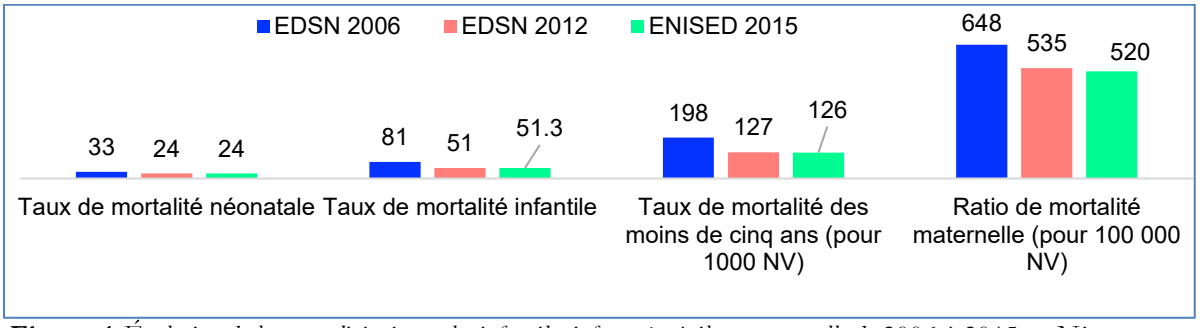


Figure 4. *Évolution de la mortalité néonatale, infantile, infanto-juvénile et maternelle de 2006 à 2015 au Niger*

Ces indicateurs s'amélioreront sans doute si davantage d'efforts sont fournis pour l'amélioration de l'alimentation des enfants. En effet, l'étude sur le cout de la faim en Afrique (COHA) réalisée en 2018 par le Niger a montré qu'au cours de la période 2010-2014, les décès d'enfants liés à la sous nutrition représentaient 42,7% de tous les cas de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

2.2. Morbidité

2.2.1. Maladies transmissibles

Parmi les maladies transmissibles figurent en bonne place le paludisme. Ce dernier constitue le premier motif de consultation en particulier chez les enfants de moins de 5ans. L'incidence de cette maladie a diminué entre 2015 et 2017 passant de 19 210 à 15 961 avant de connaitre un rebond jusqu'en 2019 pour atteindre 18 700 cas pour 100 000 habitants. Pourtant, une série d'interventions à haut impact telles que les campagnes de chimio prévention contre le paludisme saisonnier sont menées. En effet, les enfants âgés de trois à 59 mois touchés au 4ème passage sont passés en 2015 de 683 489 (soit une couverture de 83% de la cible) à 4 123 054 (soit une couverture de 98% de la cible) en 2019. D'autres interventions ont également été menées comme les formations des agents sur la stratégie nationale de prise en charge (1 283 en 2017, 1 000 en 2018 et 355 en 2019), la lutte anti vectorielle, la distribution des Moustiquaires Imprégnées d'Insecticide de masse et en routine (environ 13,6 millions de moustiquaires distribuées entre 2015 et 2019), la disponibilité des médicaments (ACT) et Tests de Diagnostic rapide (TDR) dans les structures sanitaires (Annuaires des Statistiques 2015 à 2019).

Par rapport au VIH, le Niger est un Pays à faible prévalence. Ainsi, dans la population générale, cette prévalence est passée de 0,7% en 2006 à 0,4 en 2012. Les prévalences spécifiques parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans et chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans sont respectivement passées de 0,7 et 0,9% en 2006 à 0,2 et 0,1% en 2012. Cependant, les différences de prévalence entre 2006 et 2012 ne sont pas statistiquement significatives et on ne peut donc conclure avec certitude qu'il y ait eu une diminution entre les deux enquêtes (EDSN 2006 et 2012). Concernant la prévalence du VIH parmi les personnes les plus exposées au risque, les résultats sont ceux concernant les cibles à partenaires sexuels multiples et partenaires concomitants au cours des 12 derniers mois, la prévalence dans cette catégorie va jusqu'à 1,7% en 2012 contre 1,6% en 2006 (EDSN 2006 et 2012).

2.2.2. Maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles relatives à l'hypertension artérielle, le diabète et la maladie mentale n'ont pas fait l'objet d'enquête depuis 13 ans (2007) mais une enquête STEPS est en cours de préparation.

III. Organisation et fonctionnement du système national de santé

3.1. Gouvernance et financement de la santé

Il existe au Niger une stratégie nationale en matière de santé répondant au nom de Plan de Développement Sanitaire (PDS) pour relever le défi majeur auquel notre système de santé fait face qui est celui d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité. Le(PDS 2017-2021 est le quatrième du genre et est en cohérence avec plusieurs engagements nationaux et internationaux pris par le Pays parmi lesquels : les Objectifs de Développement Durable (ODD), le Plan de Développement Économique et Social (PDES) 2012-2015, la Stratégie de Développement Durable et de Croissance Inclusive (SDDCI) du Niger à l'horizon 2035, le Programme de Renaissance du Président de la République acte II 2016-2021, la Déclaration de Politique Générale 2017-2021, la Politique Nationale de Santé adoptée le 3 mars 2017 en conseil des Ministres pour ne citer que ceux-là.

En matière de financement de la santé, les dépenses totales par habitant se sont améliorées allant de 17 643 USD en 2015 à 21 375 en 2019. Le total des dépenses publiques de santé par habitant (USD) et le pourcentage des dépenses publiques de santé par rapport au total des dépenses de l'État ont tous connus une amélioration. En effet, ces derniers ont respectivement augmenté de 3 259 à 5 946 USD et de 18,5 à 44,2%. Notons que cette amélioration est plus visible en 2017 où le total des dépenses publiques de santé par habitant a atteint un seuil de 8 062 USD avec un taux des dépenses publiques de santé de 43,64%. Quant aux dépenses publiques de santé, celles-ci ont atteint un pourcentage en 2015, 92,6% des dépenses totales de santé pour finir à 91,44% en 2019. Là aussi l'année 2017 a fait exception avec un pourcentage de 95,9% (Comptes Nationaux de la Santé 2015 à 2019).

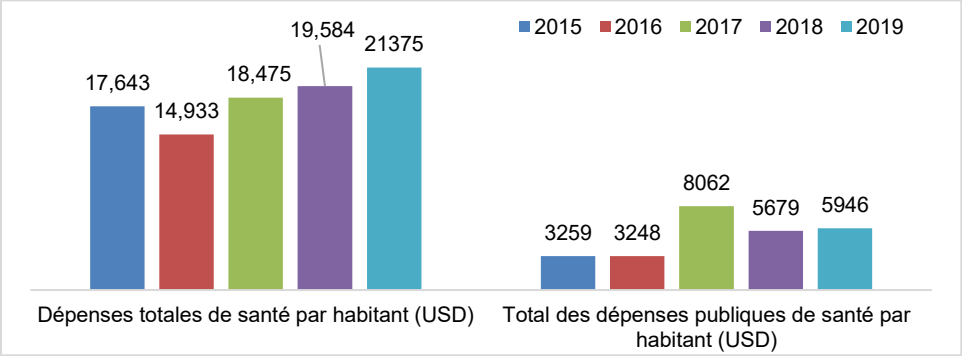


***Figure 5**. Évolution des dépenses totales de santé par habitant et des dépenses publiques de santé par habitant de 2015 à 2019 au Niger*

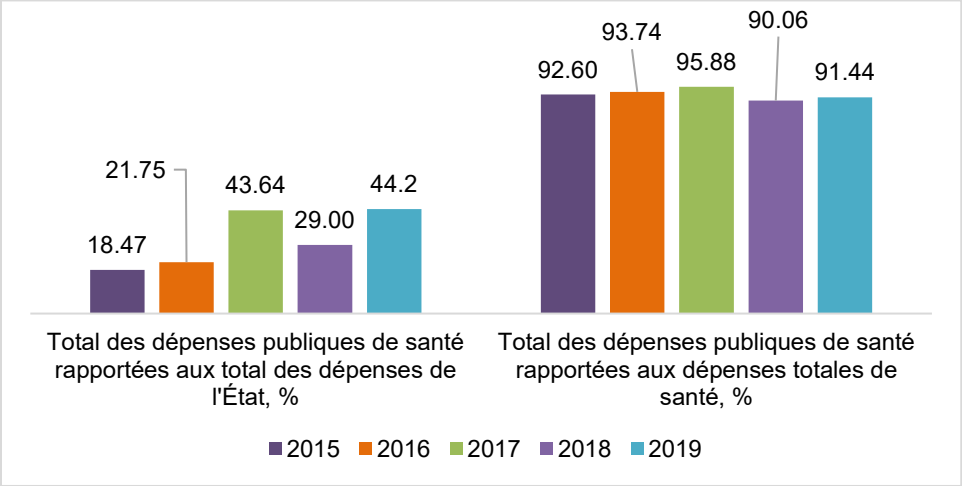


***Figure 6**. Évolution du pourcentage des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de l'État et des dépenses publiques de santé rapportées aux dépenses totales de santé de 2015 à 2019 au Niger*

Les grandes priorités nationales en matière de santé s'articulent autour des 6 axes stratégiques du PDS 2017 - 2021 à savoir :

1. **Renforcement du leadership et de la gouvernance** à travers le renforcement de : la mise en œuvre de la gestion axée sur les résultats, de la coordination entre la planification sectorielle et les Plans de Développement Communaux, la coordination des actions et des partenaires, l'accélération de la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé, la promotion d'un dialogue politique multisectoriel en faveur du secteur de la santé, la finalisation de la carte sanitaire, le renforcement de l'Inspection Générale de la Santé, le renforcement des activités d'audit interne et externe, la participation communautaire, la planification, suivi et évaluation, la régulation et normalisation, l'amélioration de la communication au sein du Ministère de la Santé Publique (MSP), la documentation, l'archivage et développement des TIC et la poursuite des reformes sectorielles.

2. **Amélioration de l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations** qui implique : l'extension de la couverture sanitaire et renouveau des Soins de Santé Primaire (transformation des cases de santé en Centres de Santé Intégrée (CSI), transformation des CSI de type I en CSI de type II, construction de CSI de type II, mise à niveau des CSI existants, l'intégration du secteur privé), l'intensification de la lutte contre les maladies (transmissibles, non transmissibles, tropicales négligées) et la gestion des épidémies et urgences de santé publique, la promotion de la santé de la reproduction, le renforcement de l'offre des services de la santé de l'enfant, des jeunes et adolescents, le renforcement de l'offre des services de santé de l'homme, la lutte contre la malnutrition, la promotion de la Santé, l'amélioration de la qualité des soins de santé, l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé.

3. **Développement des ressources humaines de la santé** par l'élaboration et adoption d'un cadre organique pour le MSP, la répartition équitable des ressources humaines entre le milieu urbain et rural, l'accroissement de l'effectif du personnel de santé, l'amélioration de la qualité des ressources humaines et l'opérationnalisation du système d'évaluation et de l'avancement du personnel.

4. **Amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants** (infrastructures, équipements et médicaments, etc.) à travers une bonne gestion des ressources matérielles, l'acquisition et la maintenance des équipements sanitaires, le renforcement du cadre juridique du secteur pharmaceutique, de la chaine d'approvisionnement des MEG, le renforcement de la production locale des médicaments, le renforcement du contrôle de qualité des médicaments, la disponibilité en médicaments, sang et dérivés de qualité dans les formations sanitaires, l'intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments et des médicaments contrefaits, la mise en place d'une agence du médicament, le renforcement des capacités des services sur les technologies de production des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA).

5. **Renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé** par le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé.

6. **Amélioration du financement de la santé** par l'accroissement du budget de l'Etat consacré à la santé, l'accroissement des budgets des collectivités territoriales consacrés à la santé, la mise en place de mécanismes de financements innovants pour la santé, le renforcement du fonds commun, l'amélioration des capacités d'absorption des crédits accordés au MSP, de l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources existantes.

Les mécanismes innovants de financement de la santé

Dans le cadre de l'accroissement du financement de la santé, le Niger, comme tous les Pays en développement a mis en place des mécanismes de financements originaux d'un type nouveau. Certains existent déjà et doivent juste être mieux exploités. Ce sont : les fondations, les taxes sur les recettes des compagnies de téléphonie mobile et sur l'exploitation minière, l'appui de la Diaspora nigérienne, le partenariat public privé.

3.2. Disponibilité du personnel de santé

La gestion des ressources humaines en santé au Niger est caractérisée par des difficultés importantes relatives à la disponibilité, la motivation et la fidélisation du personnel entre autres. Une cartographie réalisée au Niger en 2015 a révélé que 76% du personnel soignant se trouve dans les zones urbaines contre 24 % en zone rurale et plus de 50% des Centres de Santé Intégrés ne disposent que d'un seul agent qualifié. Cette situation contrarie fortement la qualité des soins et interpelle l'ensemble des acteurs du domaine de la santé[2].

[2] Cartographie analytique des programmes et stratégies de recrutement déploiement et fidélisation des personnels de la sante mis en œuvre au Niger - 2015

La disponibilité des professionnels de santé n'a pas significativement changé de 2015 à 2019. En effet elle est en moyenne de 3 agents de santé pour 10 000 habitants. Cette situation est caractérisée par la présence importante des agents contractuels, prêts à quitter le système à tout moment. En effet, en 2018, 45% du personnel est contractuel ou appelé du service civique national. Malgré le recrutement important des médecins, des infirmiers et des sages-femmes par l'Etat, la disponibilité du personnel reste encore problématique. En effet, on remarque qu'en moyenne sur les cinq ans, il y a moins d'un médecin pour 10 000 habitants, moins de trois infirmiers pour 10 000 habitants et moins d'une sage-femme pour 10 000 habitants pour la période de 2015 à 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

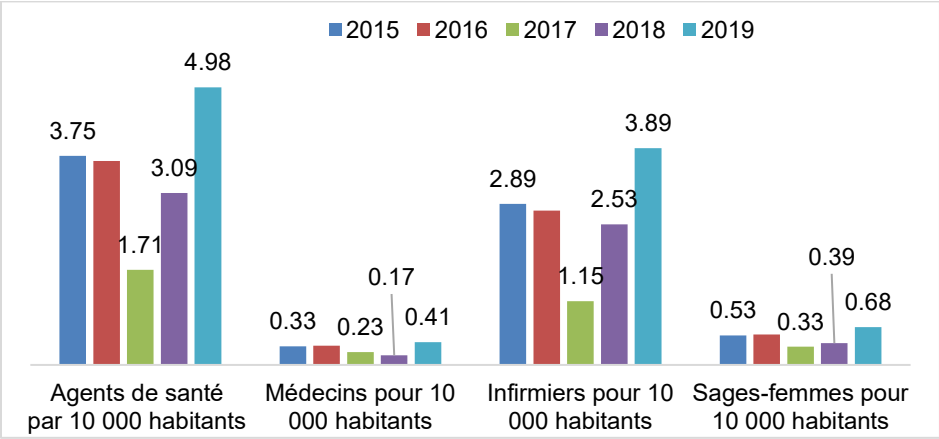


Figure 7. *Évolution de la densité du personnel de santé de 2015 et 2019 au Niger*

3.3. Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé

Au Niger, des efforts inlassables de construction d'établissements de santé ont été entrepris par l'État, ses partenaires techniques et financiers et les privés entre 2015 et 2019. Cependant, les chiffres montrent que l'évolution positive observée ne se fait pas au rythme de la croissance démographique.

Ainsi, concernant le niveau primaire, le Niger compte encore moins de deux établissements (public et privé) pour les soins de santé primaire pour 10 000 habitants notamment, les hôpitaux de district, CSI, les cases de santé et les établissements de soins privés de même niveau. Ce taux n'a cessé de baisser entre 2015 et 2019 passant 1,98 à 1,80 établissements pour 10 000 habitants même si, au cours de la même période, le nombre de Centre de Santé Intégré (établissement public sur lequel se base le calcul du taux de la couverture sanitaire) est passé de 913 à 1 106 soit un gain de 193 CSI en cinq ans. Aussi, le nombre d'établissements de soins de santé primaires publics et privés sont passés de sont passés de 3 754 en 2015 à 3 959 en 2019 soit une augmentation de 5,5%.

Concernant la situation du niveau secondaire, le nombre d'établissements pour 10 000 habitants évolue en dent de scie passant en 2015 de 0,036 pour 10 000 habitants à 0,034 en 2019. La baisse de 2019 s'explique par la fermeture de six cliniques privées et la prise en compte des indicateurs démographiques révisés à la hausse par l'Institut National de la Statistique (INS). Cependant en valeur absolue, le nombre d'infrastructures a augmenté de 69 à 75 soit une hausse de 8% .

Pour le niveau tertiaire, ce chiffre évolue faiblement et est passé de 0,0026 en 2015 à 0,0032 en 2019. Le nombre d'établissements est passé de 5 à 7 entre 2015 et 2019 soit une progression de 29%. (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

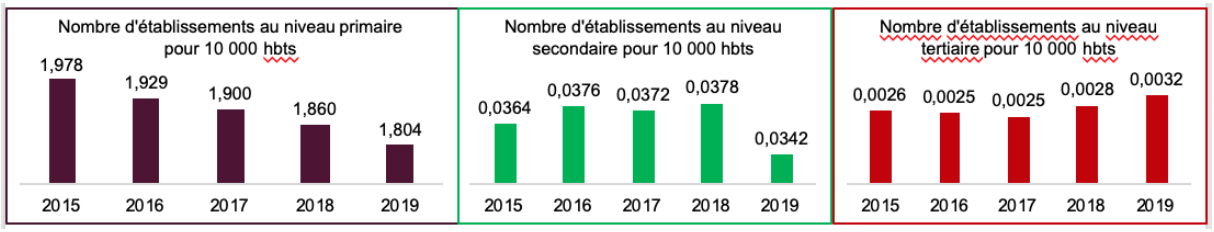


***Figure 8**. Évolution des établissements de soins pour 10 000 habitants au Niger de 2015 à 2019*

Concernant le pourcentage des services de soins de santé (tous les niveaux) avec le personnel complet selon les normes nationales, le défi à ce niveau reste majeur. En effet, il existe une disparité importante de la disponibilité des ressources humaines dans les établissements de santé entre Niamey la capitale et les autres régions. Ce problème n'a jamais été résolu et donc, l'indicateur qui faisait l'objet de suivi du PDS 2011 – 2015 ne l'est plus pour le PDS 2017 – 2021. Ainsi, ce taux était suivi pour trois niveaux : Centre de Santé Intégré (CSI), Hôpitaux de Districts (HD) et Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Pour le niveau CSI, à l'échelle nationale, le taux était de 36,48% (variant de 4,55 dans la région d'Agadez à 90,7% à Niamey) en 2015 et de 29,1% en 2016. La situation au niveau des hôpitaux semble plus critique. En effet pour le niveau HD et sur les deux années (2015 et 2016), le taux national s'était stabilisé à 3,3% (allant de 16,7% dans la région de Maradi à 100% à Niamey). Par rapport au niveau CHR, sur les deux années, le taux national était de 16,7% (variant de 100% à Niamey et 0% dans toutes les autres régions disposant d'un CHR). (Source : fichier des indicateurs du PDS 2011 - 2015).

La situation des lits dans les hôpitaux varie d'une année à l'autre avec en moyenne trois lits disponibles pour 10 000 habitants. Cette disponibilité varie de 2,76 en 2015 à 3,18 en 2016 pour chuter à 1,93 en 2017 et remonter à 2,54 en 2018 puis 3,07 pour 10 000 habitants en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

Quant à la disponibilité en médicaments essentiels génériques au niveau des CSI, celle-ci tourne autour d'une moyenne de 95% entre 2015 et 2019 (Source : fichier des indicateurs du PDS 2011 – 2015 et PDS 2017-2021).

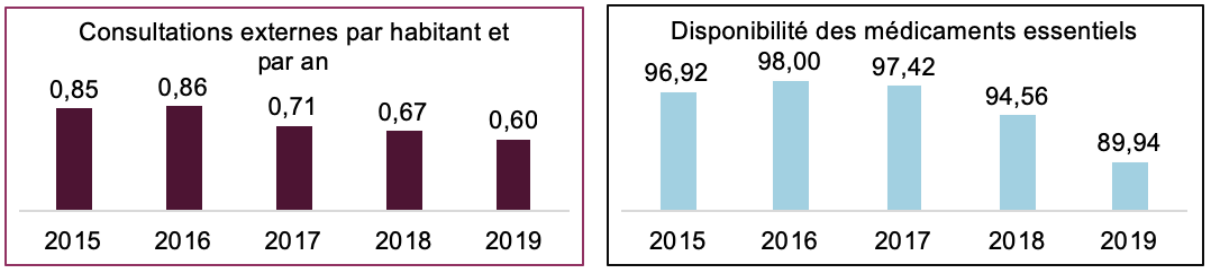


***Figure 9**. Évolution des consultations externes par habitant et de la disponibilité des MEG au Niger de 2015 à 2019*

La disponibilité des Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence de Base (SONUB) et Complet (SONUC) se mesure lors des enquêtes SARA organisées tous les deux ans au Niger. Deux éditions ont été réalisées en 2015 et 2018. Cette disponibilité varie de 21,6 pour 500 000 habitants en 2015 à 27,0 pour 500 000 habitants en 2018 pour les SONUB et de 0,99 à 1,2 pour 500 000 habitants en 2015 et 2018 pour les SONUC (Enquête SARA 2015 et 2018). Ceci montre que très peu de structures offrent ces soins particulièrement dans les hôpitaux. Cette faible amélioration s'expliquerait par l'opérationnalisation des centres de santé de la mère et de l'enfant dans les régions, mais aussi par l'ouverture de 147 CSI entre 2015 et 2018.

3.4. Utilisation, qualité et sécurité des services de santé

Les consultations externes par habitant et par an ont baissé entre 2015 à 2019. En effet celles-ci ont varié de 0,85 en 2015 à 0,60 en 2019 par habitant et par an. Autrement dit un habitant consulte en externe moins d'une fois par an dans nos établissements sanitaires (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

Ceci pourrait s'expliquer par la faible couverture sanitaire du Pays. En effet, malgré des ouvertures d'infrastructures de santé chaque année, celles-ci ne suivent pas le rythme d'accroissement de la population (cf. chapitre « Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé »). Aussi, la faible disponibilité des ressources humaines en particulier en zones rurales (ou vit 84% de la population) mais aussi, l'insécurité qui sévit dans le Pays au niveau des frontières avec la Lybie, le Mali et le Nigéria ayant entrainé le déplacement des populations pourraient expliquer cette faible utilisation.

Le taux de césarienne, même s'il évolue timidement de 2017 à 2019 (autour de 1%) reste très loin des normes internationales se situant entre 10 et 15 %. Ce niveau du taux s'explique par : une faiblesse de la disponibilité des SONUC (1 structure sanitaire offrant les SONUC pour 500 000 habitants), une insuffisance des ressources humaines notamment en zones rurales, l'état dégradé des routes rendant difficile l'accès aux hôpitaux, l'analphabétisme de la population pour ne citer que ceux-là (Annuaires des statistiques 2017 à 2019).

Le taux de réussite du traitement de la tuberculose quant à lui s'améliore d'année en année même s'il n'a pas atteint la cible nationale de 85,88% en 2018. Il était passé de 79 à 82,9% entre 2015 à 2018. Ce progrès serait dû à l'amélioration de la qualité des services de la prise en charge, mais aussi au renforcement de système de suivi évaluation sur le terrain (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

Le ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé a évolué en dents de scie entre 2015 et 2019 passant de 0,33 ; 0,39 ; 0,20 ; 0,24 à 0,32% (Annuaires des statistiques 2015 à 2019). L'évolution de ce ratio est inversement proportionnel à celle du taux des accouchements assistés au cours de la même période, s'agirait-il d'une corrélation significative ? Les performances enregistrées peuvent être attribuables à l'ouverture des CSI et des centres de santé mère enfant dans chaque région, le renforcement du système d'évacuation sanitaires avec la dotation de nombreuses formations sanitaires en ambulance (300 ambulances fonctionnelles en 2017 à 396 en 2019 (Source : DHIS2), le renforcement de la référence et contre référence avec l'appui des ONG et partenaires.

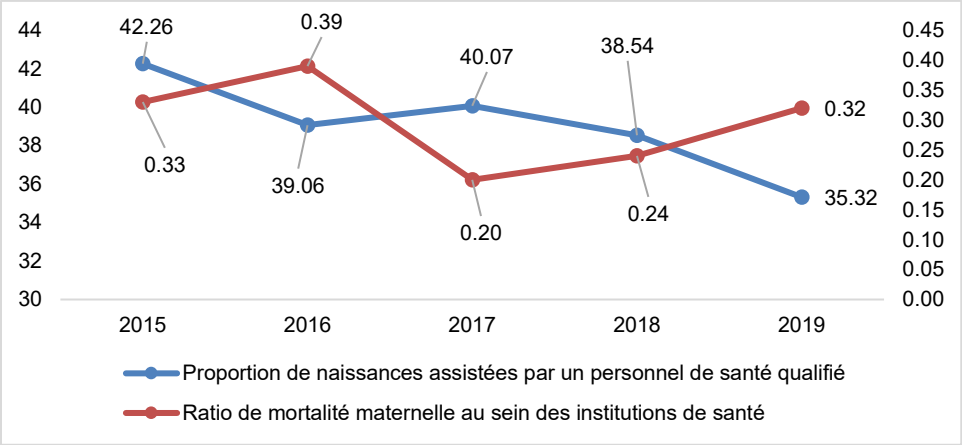


***Figure 10**. Évolution de la Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié et du Ratio de mortalité maternelle au sein des institutions de santé au Niger de 2015 à 2019*

Quant au taux de mortinatalité dans les établissements sanitaires, il s'est amélioré entre 2015 et 2016 passant de 3,34 à 3,05% avant d'amorcer une hausse à partir de 2017 avec 3,32% ; 3,51% en 2018 ; puis 3,17% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019). Bien qu'en diminution, cette mortinatalité demeure élevée. Il faut noter que les mort-nés frais représentaient 58% des mort-nés en 2017 et 57% des mort-nés en 2018 et 54% en 2019. La survenue de ces décès pourrait donc être imputable à la précarité de nos établissements de santé déjà insuffisants en termes d'effectifs mais aussi à l'insuffisance et de l'inégale répartition des ressources humaines dominé par du personnel contractuel (45%) …

3.5. Couverture des programmes d'intervention prioritaires en santé

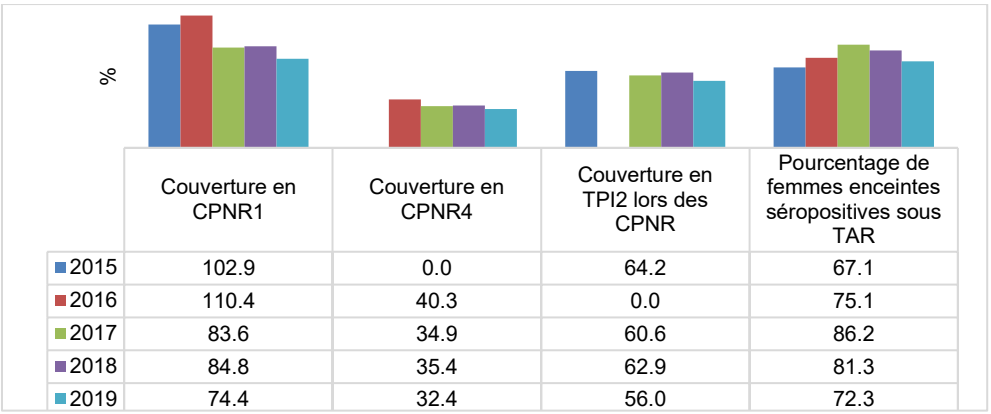
Plusieurs programmes d'interventions ont été mis en place afin qu'ils contribuent à l'amélioration de la santé des populations. Ainsi à chaque niveau de la pyramide, un paquet minimum d'activités a été défini et est exécuté selon les normes du Ministère de la santé publique. La consultation prénatale est une des composantes du paquet pour le niveau CSI.

La couverture de la première consultation des soins prénatals a évolué en dents de scie allant de 102,9% en 2015 à 110,4% en 2016 puis 83,6% en 2017 ; 84,8% en 2018 puis 74,4% en 2019. Cet indicateur a toujours souffert du problème d'estimation des données démographiques (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

La couverture de la 4ème visite des soins prénatals a aussi connu la même évolution dans le temps, passant de 40,3% en 2016 ; 34,9 en 2017 à 35,4% en 2018 et 32,4% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

La couverture de la 2ème dose de TPI dans le cadre des soins prénatals a également évolué en dents de scie passant de 64,2% en 2015 ; 60,57% en 2017 à 62,9% en 2018 et 56% en 2019. L'information n'étant pas disponible pour 2016 (Annuaires des statistiques 2015 ; 2017 à 2019). La baisse de ces couvertures serait la conséquence de la faible couverture sanitaire et du personnel.

L'autre composante est la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH. En effet le pourcentage des femmes enceintes séropositives sous TARV s'est amélioré entre 2015 et 2017 allant de 67 à 86% avant de diminuer jusqu'à 72% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 et 2019). La performance était possible grâce à la disponibilité des antirétroviraux dans les structures de prise en charge, à la formation des agents sur le conseil, dépistage et prise en charge des PVVIH mais aux multiples campagnes de sensibilisation et de dépistage de masse organisées dans plusieurs villes et villages du Pays.



	Couverture en CPNR1	Couverture en CPNR4	Couverture en TPI2 lors des CPNR	Pourcentage de femmes enceintes séropositives sous TAR
2015	102.9	0.0	64.2	67.1
2016	110.4	40.3	0.0	75.1
2017	83.6	34.9	60.6	86.2
2018	84.8	35.4	62.9	81.3
2019	74.4	32.4	56.0	72.3

Figure 11*. Évolution de quelques couvertures liées aux CPNR au Niger de 2015 à 2019*

Les accouchements constituent un des produits de la CPNR bien menée. L'idéal est que chaque femme enceinte accouche dans une formation sanitaire afin qu'elle bénéficie de l'assistance d'un personnel de santé qualifié. Ainsi la proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié a évolué en dents de scie entre 2015 et 2017 pour amorcer une baisse jusqu'en 2019 passant de 42,3% en 2015 à 39% en 2016 puis de 40% en 2017 à 38,5% en 2018 et 35,32% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2018). Cette évolution observée peut être liée à la baisse des consultations prénatales recentrées 1 et 4, à l'insuffisance des agents qualifiés et des campagnes de sensibilisation

Le taux de soins postnatal qui est passé de 29,4% en 2015 à 14,68% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019)

Selon l'enquête EDSN 2012, le besoin non satisfait en planification familiale était de 16% chez les femmes en âge de procréer. Les données ne sont pas disponibles pour les autres années.

Quant au taux de prévalence contraceptive, il était de 5% en 2006 et 12,2% en 2012 chez les femmes de 15 à 49 ans en union (EDSN 2006 et 2012) où il reste stationnaire à 12,1% jusqu'en 2015 (ENISED 2015).

L'une des interventions porteuses est sans doute la vaccination des enfants. Plusieurs antigènes sont utilisés pour protéger les enfants de 0 à 11 mois, qualifiés d'enfants cibles du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Ainsi la couverture vaccinale pour la 3ème dose du pentavalent et celle contre la rougeole ont augmenté entre 2013 et 2018 respectivement de 77,8 à 80,2% et de 74,7 à 76,1% selon les enquêtes de couverture vaccinale de 2013 et 2017. Toujours selon ces enquêtes, le taux des enfants complètement vaccinés était de 63,6% en 2013 et 38,2% en 2018. Cette chute de couverture s'expliquerait par une augmentation du nombre d'antigènes passant de huit (BCG, VPO, VPI, Pentavalent, Pneumocoque, Rotavirus, VAR, VAA) à neuf antigènes (MenA en plus des huit), des ruptures de vaccins, la mauvaise tenue des supports de vaccination dans beaucoup des formations surtout à l'absence des cartes de vaccination demandées lors des enquêtes.

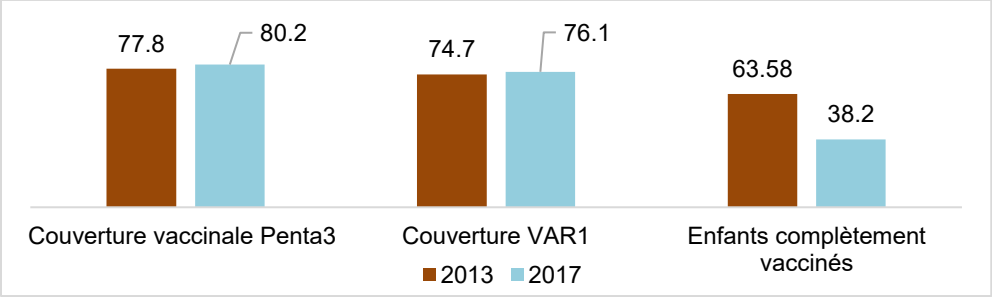
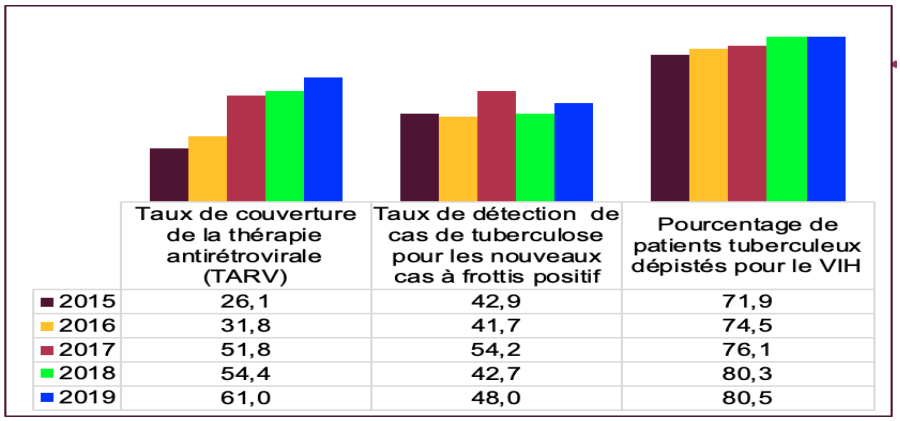


***Figure 12**. Évolution des couvertures vaccinales (Penta 3, VAR1 et complètements vaccinées) au Niger de 2015 à 2019*

Par ailleurs, le taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV) dans la population générale s'est nettement amélioré d'année en année, allant de 26,1% en 2015 à 61% en 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2018). Cette amélioration considérable se justifie par la disponibilité des antirétroviraux, l'ouverture des nombreux sites et centres de prise en charge (de 53 sites en 2015, le Pays dispose de 125 sites en 2019), à la formation des agents sur la prise en charge et la disponibilité des ARV. Cependant le taux est loin des 90% comme cible fixée par l'OMS.

Quant à la tuberculose, le taux de détection pour les nouveaux cas à frottis positif a évolué en dents de scie entre 2015 et 2019 passant de 42,9 à 48,0%. Il faut cependant noter un bon en 2017 à 54,2% (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

Par contre le pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH s'est accru tout au long des cinq années passant de 71,91% en 2015 à 80,5% en 2019 de selon les annuaires statistiques de la même période.



	Taux de couverture de la thérapie antirétrovirale (TARV)	Taux de détection de cas de tuberculose pour les nouveaux cas à frottis positif	Pourcentage de patients tuberculeux dépistés pour le VIH
2015	26,1	42,9	71,9
2016	31,8	41,7	74,5
2017	51,8	54,2	76,1
2018	54,4	42,7	80,3
2019	61,0	48,0	80,5

***Figure 13**. Évolution du taux de couverture TARV, taux de détection de la tuberculose et du taux de dépistage des tuberculeux pour le VIH au Niger de 2015 à 2019*

La lutte contre la cataracte fait partie intégrante des interventions qui sont menées par l'Etat pour protéger la santé oculaire des populations. Pendant ces cinq années, le taux de chirurgie de la cataracte a évolué en dents de scie. En effet il est passé de 732 par millions d'habitants en 2015 ; 1064 en 2016 ; 472 en 2017 ; 736 en 2018 et 528 en 2019 par million d'habitants. Ce résultat est obtenu grâce aux campagnes de chirurgie foraine organisées à travers le Pays. L'année 2016 a été marquée par un plus grand nombre d'actes réalisés. En effet, de 1064 actes chirurgicaux ont été réalisés par million d'habitants soit environ 21 000 actes chirurgicaux pour l'ensemble de la population (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

Parmi les principales interventions mises en œuvre, figure la lutte contre le paludisme à travers plusieurs activités notamment la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides chez les enfants et les femmes enceintes. Selon l'enquête EDSN, la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous MII qui était de 29,4% en 2012 (EDSN 2012) est passée à 95,5% en 2015 (ENISED 2015). Le chiffre de 2015 peut s'expliquer par l'intensification des campagnes de distribution et de sensibilisation mais aussi et surtout par la période au cours de laquelle l'enquête s'est déroulée. En effet, l'EDSN 2012 a été réalisé du 10 février au 24 juin autrement dit en dehors des saisons des pluies tandis que l'ENISED 2015 a été réalisé en aout qui correspond à la période de fortes pluviométries et donc de haute transmission. Les mères ont tendance à cette période à renforcer l'usage des MILDA.

Quant aux femmes enceintes dormant sous MILDA, les données disponibles sont celles des enquêtes EDSN de 2006 et 2012. Cette proportion est passée de 6,2% en 2006 (EDSN 2006) à 29,4% en 2012 (EDSN 2012). On remarque que des progrès ont été accomplis grâce aux multiples campagnes de distribution des moustiquaires organisées dans les régions du Pays. Il faut aussi noter la distribution faite en routine dans les formations sanitaires lors de la CPNR ou de la vaccination.

3.6. Facteurs et comportements à risque

Plusieurs facteurs et comportements à risque menacent la santé des populations particulièrement celle des nouveau-nés et des jeunes enfants.

Parmi ces facteurs figurent le petit poids à la naissance. Ainsi, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance a évolué en dents de scie entre 2015 et 2017 avant d'amorcer une baisse jusqu'en 2019 à 4,33%. (Annuaires des statistiques 2015 à 2019). La naissance d'enfants de faible poids est relativement plus fréquente chez les femmes vivant dans des conditions défavorisées, ayant une alimentation déficiente et/ou ayant un état de santé précaire (HTA, diabète, anémie …).

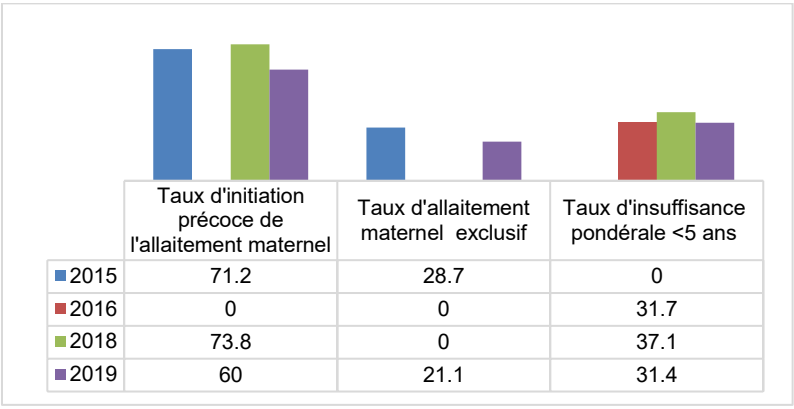
En effet, tous ces facteurs de risque se posent avec acuité au Niger, environ 45 % de la population du Niger vit en dessous du seuil de pauvreté c'est-à-dire vit avec moins d'un dollar US par jour (enquête ECVMA 2014). En outre, en 2018, 37% des femmes en âge de procréer souffrent de malnutrition aiguë globale et 53% d'anémie.

Ce taux d'insuffisance pondérale à la naissance pourrait expliquer la prévalence des différents types de malnutrition au Niger chez les enfants de moins de cinq ans notamment, le retard de croissance, la malnutrition aiguë du fait que ces enfants sont sujets à des risques de santé postnatale.

Comme autre facteurs de risque, Les pratiques de L'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) qui constituent un des éléments déterminants de l'état nutritionnel et du développement optimal des enfants. Ces indicateurs ont connu une régression en 2019. Ainsi, pour l'initiation précoce de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance, les données ne sont pas disponibles en 2016 et 2017. Le taux est passé de 71,2% en 2015 (ENISED 2015) puis 73,8% en 2018 et 60% en 2019 (SMART 2018 & 2019).

Concernant, les nourrissons nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie, le pourcentage est passé de 28,7% en 2015 (ENISED 2015) à 21% en 2019 (SMART 2019). Ici aussi, l'information n'est pas disponible en 2016, 2017 et 2018. Bien qu'une baisse soit observée, des séries de formations ont été organisées pour les agents de santé, les relais communautaires sur l'allaitement maternel exclusif, les pratiques familiales essentielles et sur l'ANGE dans plusieurs districts sanitaires avec l'appui des ONG et partenaires locaux.

Quant au taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans, celui-ci a évolué de 2016 à 2019. En effet, ce dernier a malheureusement augmenté entre 2016 et 2018 pour baisser à 31,4% en 2019 (SMART 2016, 2018,2019).



	Taux d'initiation précoce de l'allaitement maternel	Taux d'allaitement maternel exclusif	Taux d'insuffisance pondérale <5 ans
2015	71.2	28.7	0
2016	0	0	31.7
2018	73.8	0	37.1
2019	60	21.1	31.4

Figure 14. *Évolution des indicateurs d'allaitement maternel et du taux d'insuffisance pondérale au Niger de 2015 à 2019*

Le taux de grossesse chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans n'est pas assez documenté au Niger, l'information disponible est celle de 2015 qui est chiffrée à 44% (ENISED 2015).

Les résultats issus des enquêtes EDNS 2012 et ENISED 2015 montrent que le taux d'utilisation de sources d'eau potable améliorées est passé de 67% en 2012 à 50,4% en 2015 et celui de l'utilisation des installations sanitaires améliorées par les ménages n'a pas véritablement changé entre et les deux périodes passant de 9,3 en 2012 à 8,9% en 2015

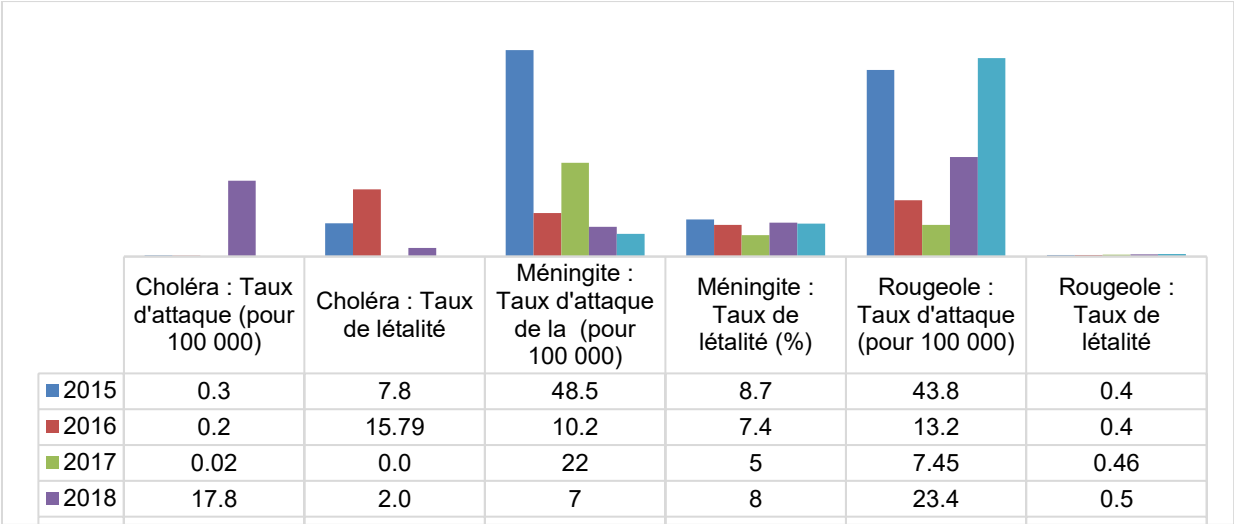
IV. Situation des maladies à potentiel épidémique

La lutte contre les maladies à potentiel épidémique reste et demeure une des priorités de l'État nigérien à travers le ministère de la santé publique. Ainsi, pour mener à bien cette lutte, une direction nationale a été créée en 2011 avec comme mission principale la surveillance et la réponse aux situations d'urgence sanitaires. La période de 2015 à 2019 a été marquée par l'éclosion de foyers d'épidémie de choléra, rougeole, méningite dans certaines régions du Pays. La situation de ces maladies se présente comme suit :

Pour ce qui est du choléra, toute la période 2015 et 2019 a été marquée par des foyers d'épidémie rapidement circonscrits. Les taux d'attaque ont varié de 0,2 à 0,3 pour 100 000 habitants jusqu'en 2017. C'est l'année 2018 qui a été fortement marquée avec un taux d'attaque de 17,8 pour 100 000 habitants. Un total de 3 823 cas a été enregistré en 2018 dont 90% des cas pour la seule région de Maradi. Une campagne préventive de vaccination contre le choléra (VCO) a été menée. Une accalmie est observée en 2019.
Il faut noter que ce sont les années (2015 à 2017) marquées par un taux d'attaque plus faible qui ont connu plus de victimes en termes de décès. Ainsi le taux de létalité dû au choléra était à 7,8 en 2015, 15,8% en 2016, 0% en 2017 et 2% en 2018. Ceci s'explique par la lenteur dans l'investigation et la prise en charge des premiers cas liée elle-même à l'ignorance de l'épidémie par le personnel de santé d'une part et la population d'autre part.

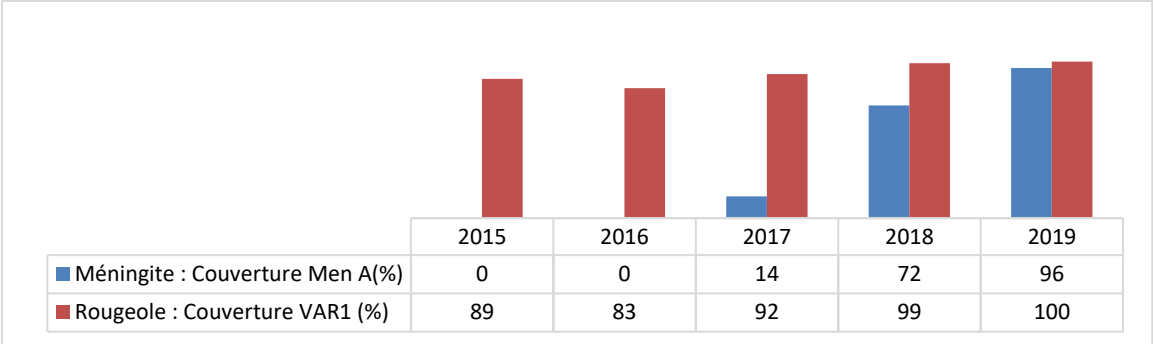
La méningite quant à elle, a enregistré un taux d'attaque variant de 48,5 en 2015 ; 10,2 en 2016 ; 22 en 2017 ; 7 en 2018 ; 5,3 cas pour 100 000 habitants en 2019. Les taux de létalité étaient de 2015 à 2019 respectivement de : 8,7 ; 7,4 ; 5 ; 8 et 7,3%. La baisse des taux d'attaque en 2018 et 2019 pourrait s'expliquer par l'introduction du MenA en octobre 2017.

Quant à la rougeole, assez fréquente au Niger, les taux d'attaque allant de 2015 à 2019 sont respectivement de : 43,8 ; 13,2 ; 7,5 ; 23,4 et 46,6 cas pour 100 000 habitants. Pourtant en 2015, le taux de VAR1 était à 92% à l'échelle du Pays avec des variations régionales (Min : 80% et Max : 94%). En 2016, la couverture globale était de 78% contre 92% en 2017, 99% en 2018 et 98% en 2019.



	Choléra : Taux d'attaque (pour 100 000)	Choléra : Taux de létalité	Méningite : Taux d'attaque de la (pour 100 000)	Méningite : Taux de létalité (%)	Rougeole : Taux d'attaque (pour 100 000)	Rougeole : Taux de létalité
2015	0.3	7.8	48.5	8.7	43.8	0.4
2016	0.2	15.79	10.2	7.4	13.2	0.4
2017	0.02	0.0	22	5	7.45	0.46
2018	17.8	2.0	7	8	23.4	0.5

***Figure 15**. Évolution des taux d'attaque et de létalité du choléra, méningite et rougeole au Niger de 2015 à 2019*



	2015	2016	2017	2018	2019
Méningite : Couverture Men A(%)	0	0	14	72	96
Rougeole : Couverture VAR1 (%)	89	83	92	99	100

***Figure 16**. Évolution des taux de couverture vaccinale MenA et VAR1 au Niger de 2015 à 2019*

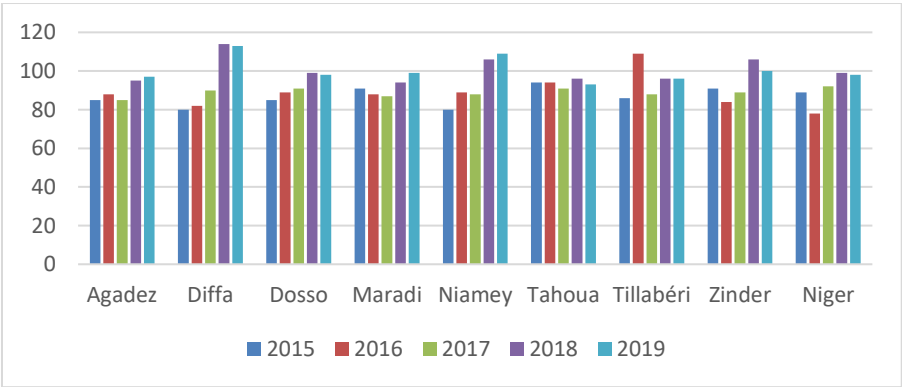


***Figure 17**. Évolution du taux de VAR1 par région du Niger de 2015 à 2019*

Le tétanos néonatal demeure une maladie très létale. Ainsi, le taux de létalité est de 50% pour 2015, 2016 et 2019, sauf pour les années 2017 et 2018 où les taux sont respectivement de 57,14% et 22,2%. Il faut noter que ces taux élevés reflètent par ailleurs la loi du plus petit. C'est-à-dire qu'il y a eu très peu de cas. Pour ce qui est des autres maladies à potentiel épidémique notamment la fièvre jaune, la fièvre de Lassa, la poliomyélite et le ver de Guinée, aucun cas confirmé n'a été notifié au cours de la période 2015 à 2019 (Annuaires des statistiques 2015 à 2019).

V. Conclusion

Des progrès ont été réalisés dans la réduction de la mortalité, de l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, de la Planification familiale, de la couverture sanitaire, de l'accessibilité des services par les populations et de la lutte contre certaines morbidités telles que le paludisme, la tuberculose etc. Les maladies à potentiel épidémique (la rougeole, la méningite, le choléra, etc.) ont beaucoup diminué grâce au renforcement de la surveillance épidémiologique et à la gestion efficace des épidémies. Ces progrès sont rendus possibles grâce aussi à la mise en place de politiques comme la gratuité des soins chez les enfants de moins de 5ans, pour les accouchements, pour les CPNR, le renforcement des campagnes de vaccination de masse et en routine, la distribution des MILDA et CPS etc. En matière de gouvernance et de financement de la santé, là aussi des améliorations ont été enregistrées à travers les dépenses totales par habitant, les dépenses publiques et courantes de santé. Cependant, des efforts restent encore à fournir surtout dans le domaine de la disponibilité du personnel de santé, de la capacité opérationnelle des services, de l'utilisation et la qualité des services de santé. La mise en œuvre efficace et efficiente des six principaux axes retenus comme grandes prioritaires du PDS 2017 - 2021 du Ministère de la Santé Publique permettront d'améliorer véritablement la santé des populations.