



République du Niger
Université Abdou Moumouni
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE



Année 2000-2001

Thèse N°.....

THEME:

**Contribution à l'étude de la problématique de la Prise en charge des prestations soins des fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey
(Essai analytique effectué à partir de 653 observations réalisées au sein des 21
Ministères**

THESE

**Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Présentée et soutenue publiquement le 06/05/2001

Par

Alkassoum Salifou Ibrahim

Né le 26/10/1966 à Zinder, République du Niger

Directeur de Thèse :

Dr HAMADOU Djibo

(Médecine préventive)

Président du Jury :

Pr NOUHOU Hassane

(Anatomie-pathologie)

Membres du Jury :

Dr HAMADOU Djibo (Médecine préventive)

Dr HAROUNA Djingarey (Santé Publique)

Dr HAMA Issa (Santé Publique)

Dr GAGARA Magagi (Santé Publique)

CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

A. DOYENS HONORAIRES

Professeur HAMIDOU SEKOU

Docteur ABDOUA MOUSSA KABO (In-mémoriam)

Professeur IBRAHIM ALI TOURE

Professeur NOUHOU HASSAN

B. DECANAT

Doyen : Professeur ABARCHI HABIBOU

Secrétaire Principal : M. HAROUNA ALZOUMA

1. ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs

Hamani DAOUDA

Biochimie

Ibrahim Ali TOURE

Cardiologie

NOUHOU Hassan

Anatomie pathologie

ABARCHI Habibou

Chirurgie

Maître de conférences Agrégés

MAMADOU Saidou

Bactériologie Virologie

NAYAMA Madi

Gynécologie obstétrique

YACOUBA GIMBA Harouna

Chirurgie viscérale

ADEHOSSI ERIC OMAR

Médecine Interne

GATI Rahamatou

Physiologie

SANOUSI SAMUILA

Neurologie-Chirurgie

SANI RACHID

Chirurgie

Maîtres de Conférences

Abdoua Moussa KABO

Ophtalmologie

Amadou Sékou SAKO

Chirurgie

Maîtres Assistants – Chefs de Travaux

Abdou IDRISSA

Anesthésie-Réanimation

Hassane MOUMOUNI

Histologie-Embryo-Cytologie

SANDA Ganda Oumarou

Urologie

Sadio BARRY

Psychiatrie

Laouali SALISSOU

Ali DJIBO

ALI ADA

Hamadou Yacouba DJIBO

BAKO Aminatou Maazou

DAN AOUTA MAIZOUMBOU

MOUNKAILA Boutchi

SOUMANA Alido

GUIDA SEIDOU

IDI NAFIOU

RAMATOU GARBA MADELEINE

SEYNI SOUNA BADIO

AMADOU SOUMANA

Assistants

ASSADECK Hamid

MOROU Halidou

TAHIROU ALMOUSTAPHA

ABDOU MALAM BADE

ISSA MAHAMANE SANI

Elh BAOUA MAHAMANE

HAROUNA BAKO

MOUMOUNI KAMAYE

AMZA ABDOU

HASSIMI Larabou

2. ENSEIGNANTS PERMANENTS HONORAIRES

Professeurs

Hamidou SEKOU

Léodégal BAZIRA

Hamadou OUSSEINI

Maîtres de Conférences

Amadou MOSSI (In-mémoriam)

Dermatologie-Vénérologie

Médecine Interne

Endocrinologie

Santé Publique

Pharmacie

Pneumologie

Hématologie

Pédiatrie

Radiologie

Gynécologie-Obstétrique

Gynécologie-Obstétrique

Traumatologie

Urologie

Neurologie

O.R.L.

Radiologie

Hématologie

Santé Publique

Anesthésie-Réanimation

Cardiologie

Pédiatrie

Ophthalmologie

Néphrologie

Médecine Sociale

Chirurgie

Maladies Infectieuses

Pathologie Chirurgicale

Abdou SANDA (In-mémoriam)

Pédiatrie

Issaka GAZOBY (In-mémoriam)

Gynécologie-Obstétrique

Maîtres Assistants – Chefs de Travaux

Oumarou BALLAMA (In-mémoriam)

Psychiatrie

Soga GARBA

Dermatologie-Vénérologie

Abdoulaye ALOU

Médecine-Cardiologie

Assistants

Yacouba Issaka MAGA

Biologie

A. PROFESSEURS - MAITRES DE CONFERENCES – MAITRES ASSISTANTS DES AUTRES FACULTES

1. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Professeurs

Alhassane YENIKOYE

Endocrinologie

Maîtres de Conférences

Abdoulaye TINGA

Physique

Adamou KOMBO

Anglais

Gaston KABA

Anglais

Hima RABO

Mathématiques

Pierre EMERY

Mathématiques

Mme ROUGON

T.P. Biologie

Hamadou SOUMANA

Physique

Amadou ADAMOU

Mathématiques

ILLAGOUMA Adamou

Chimie

2. ENSEIGNANTS CHARGES DE COURS HONORAIRES

Professeur

Ali Aït KHALED

Maladies Infectieuses

Chefs de services des Hôpitaux et chargés de Cours

Abdou ADAMOU

Immunologie

Alain BERTRAND

Psychiatrie

A. KANE

Ecologie

Claude MAILLARD

Immunologie

Djibey ISSIFI	Anatomie Système Respiratoire
Aïssata Djibo AYITE (Mme)	Pédiatrie
M. ESKIA	Physiologie
Edouard DIATTA	Radiologie
Etienne AYITE	Traumatologie
Guy BIANCHI	Gynécologie-Obstétrique
Halima GARBA (Mme)	Gynécologie-Obstétrique
Amadou ABDOULAYE	Traumatologie
Hamidou BEIDARI	Bactériologie-Virologie
Henri BAUP	Microbiologie
Lacques FARBOS	Physiologie
Jacques DOCQUIER	Urologie
Jean LANDOIS	Traumatologie
Patrick DESMOULINS	Psychiatrie
Jean Marie LAMOTHE	Radiologie
Kyu Ja, née Cho KIM (Mme)	O.R.L.
Kamal Zaki WASSEF	Anglais
Maurice BARBOTIN-LARRIEU	Sémiologie Médicale
Lorinda WRIGHT	Chirurgie Dentaire
Mahamane AMADOU	Biologie
Mamadou DJERMAKOYE SEYNI	Néphrologie
Maurice PISTONE	Psychiatrie
Brigitte LECCIA	Psychiatrie
Innocent GAKWAYA	Urologie
Mamoudou SOUMAILA	Pneumologie-Phtisiologie
Melle Marguerite WRIGHT	Pathologie Parasitaire
Michel MINOUS	Ophtalmologie
Monique FALMATA	Toxicologie-Industrie
Moustapha DIALLO	Pharmacologie
Odile FERRAGU (Mlle)	Pédiatrie
Patrick OZOUF	Psychiatrie

M. PESTIAUX	Pneumologie-Phthysiologie
Pierre DUFOUR	Sémiologie Médicale
Raymond MADRAS	Maladies Infectieuses
Réné OLIVIER	Traumatologie
Roland KONARSEWSKI	Maladies Digestives
S. CRETILLAT	Entomologie, Malacologie
M. SZCZIGEL	Radiologie (Biophysique)
Youho TANIGAKI	Gastro-Entérologie-Explorations-Fonctionnelles
Yacine DIALLO	Chirurgie Dentaire
Amy ANGO (Mme)	Chirurgie Dentaire
Yvon GAULTIER	Cardiologie
Jacques AUDOIN	Chirurgie
Melle Thérèse JUNCKER	Santé Publique
Christian GUEHO	Gynécologie-Obstétrique
Daouda BAKO	Gynécologie-Obstétrique
Jean Louis HAUSSER	Gynécologie-Obstétrique
Bernard STORME	Santé Publique
Philippe BERGER	Cardiologie
Tidjani ARIFA	Chirurgie
Moussa IDI	Santé Publique
Jacques FERRE	Gynécologie-Obstétrique
Guy TARDIVEL	Traumatologie
Didier ALLAGBADA	Psychologie Médicale
Daniel MEYNARD	Biologie
Jean JULVEZ	Epidemiologie
Dirk DE GROOF	Santé Publique
Noma MOUNKAILA	Biostatistique-Micro-Informatique
Karimou SOUMANA	Immunologie
Yannick JAFFRE	Anthropologie
Diatta JOACHIM	Cardiologie
Cissé KABA	Gynécologie-Obstétrique

Bana SALIMATOU	Gynécologie-Obstétrique
Méd. Lt. Colonel O.M. TCHIANI	Orthopédie-Traumatologie
Mounkaïla ABDOU	Epidémiologie
Patrick HOEKMAN	Chirurgie
Kossa CAMARA	Biophysique-Physique
Barré CLEMENCE	Parasitologie
Habou KALIA	Parasitologie-Microbiologie
DOMARCHI	Maladies Infectieuses
Ayouba DOGONYARO	Cardiologie
Mamadou MOUSSA	TP. Anatomie
Mme BANOS	Ophthalmologie
Ibrahim HALIDOU	Anglais
Abdoulaye MAIGA	Soins Infirmiers
Bawa M. BOUKARY	TP. Anatomie et Physiologie
Dan Doka GOTTO	Soins Infirmiers
Boubacar DANTE	TP. Bactériologie
Djabirou BAWA	Soins Infirmiers
Souleymane HAMA	TP. Hématologie
Ibrahim WASSIRY	Soins Infirmiers
Gabou TAHIROU	TP. Hématologie
Mahamane SERIBA	TP. Physiologie
Tahirou NIANDOU	Gestion Hospitalière
Amadou GOUMANDAKOYE	Anglais
Méd. Lt. Colonel Ali GOZA	Radiologie
Ibrahim SALEH	Chirurgie
Ibrahim ABDEL RAFAI	Pathologie Vasculaire-Digestive
Hamidou HAROUNA	Pharmacologie
Samber ZEINI	Economie de la Santé
Charles VANGEENDERHUYSEN	Gynécologie-Obstétrique

B. ENSEIGNANT MISSIONNAIRE

Professeur

Raphaël DARBOUX Histologie-Embryologie(Cotonou)

C. ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES HONORAIRES

Professeurs

Sadio SYLLA	Anatomie Dissection(Dakar)
Méma BEMBA	O.R.L (Abidjan)
Mohammed GUENAM	Neurologie-Chirurgie(Egypte)
A. DEREYMACKER	Neuro-Chirurgie (Bruxelles)
André BASSET	Dermatologie(Strasbourg)
André MAZER	Physiologie(Marseille)
Cyprien GUENUM	Anatomie Pathologie(Reims)
M. DELOSTALOT	Thérapeutique(Bordeaux)
Edmond BERTRAND	Cardiologie(Abidjan)
G.L. MONEKOSSO	Santé Publique(Yaoundé)
E. HEID	Dermatologie(Strasbourg)
Henri Valérie KINIFO	Pathologie (Cotonou)
H.M. GILLES	Endocrinologie(Bordeaux)
Mamadou KOUMARE	Pharmacologie(Bamako)
Armand LE GUYADE	Anat.-Chirur.-Urologie (Abidjan)
M. SERISE	Santé Publique (Bordeaux)
P. AUBERT	Thérapeutique(Paris)
M. PELLET	Neurologie-Chirurgie(Marseille)
Bernard ALLIEZ	Neurologie-Chirurgie(Marseille)
Pierre PENE	Sémiologie Médicale(Marseille)
M. PRUAL	Thérapeutique Médicale(Paris)
Odile Marie RETHORE	Génétique(Paris)
Pierre WAHL	Gynécologie-Obstétrique(Reims)
Méd. GI Insp. René FONTANGES	Microbiologie-Immuno. (Lyon)
Michel JOUVET	Médecine Expérimentale(Lyon)

Jean LONDORFER	Physiologie(Strasbourg)
M. GARIGUE-FAVAREL	Médecine Tropicale (Bordeaux)
Moctar NDIAYE	Nutrition(Dakar)
Jean-Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)

Professeurs Agrégés et Maîtres de Recherches

Robert AQUARON	Biochimie(Marseille)
Claude ARGENSON	Anatomie(Dakar)
Jacques ROHNER	Physiologie(Marseille)
Lamine DIAKHATE	O.R.L. (Abidjan)
Michel JEAN	Neurologie(Tours)
Patrick ROGER	Endocrinologie(Bordeaux)
Philippe ANTHONIOZ	Histologie-Embryologie(Dakar)
Réné NDOYE	Biophysique (Dakar)
M. RIPERT	Parasitologie (Yaoundé)
Jacques BITTEL	Physiologie (Lyon-Gren)
Jean Paul CUISINIER-RAYNAL	Médecine Interne(Bordeaux)

Maîtres de Conférences

Blaise KOUDOGBO	Biochimie(Libreville)
Bernard PUCCI	Chimie-Organique(Paris)
Ibrahim SOW	Neurologie-Psychiatrie(Paris)
Pierre CARTERET	Physiologie(Lomé)
Maîtres Assistants	
José Marie AFOUTOU	Génétique(Dakar)
Mr. R. N'GUEMATCHA	Microbiologie(Yaoundé)
Wade EL MAKTAR	Bibliographie(Dakar)
Wolcan STABILE	Neurologie(Ouagadougou)

D. ENSEIGNANTS PERMANENTS HONORAIRES

Professeurs des Universités et Maîtres de Recherches Honoraires

Guy COMLAN	Anatomie Pathologie(Brazzaville)
B. SAKLA	Histologie-Embryologie(Caire)

Victor AGBESSI

Pédiatrie(Dakar)

Jean-Marie VETTER

Anatomie-Pathologie(Strasbourg)

Arnaud CENAC

Médecine Interne(Brest)

Alain BUGUET

Physiologie(Grenoble)

Razvan DJUVARA

Anatomie-Chirurgie(Paris)

Mohammed TOURE

Pédiatrie(Bamako)

Maître de Conférences Agrégés Honoraire

André WARTER

Anatomie-Pathologie(Strasbourg)

Maîtres de Conférences

C. THURIAUX

Statistiques Médicale(Belgique)

Francis LAMOTHE

Radiologie (Aix-en Province)

Michel DEVELOUX

Parasitologie(Dakar)

Maîtres Assistants et Chefs de Travaux Honoraires

Gilles SOUBIRAN

Biophysique(Bordeaux)

Alexis COUMBARAS

Parasitologie (Dakar)

Emile JEANNEE

Epidémiologie(Dakar)

Alain DUPONT

Médecine Interne(Bordeaux)

Alain PRUAL

Santé Publique(Bamako)

Alain MONTMAYEUR

Physiologie(France)

Michael OLIVAR

Santé Publique (In Mémorium)

La Faculté des Sciences de la Santé par délibération a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni aucune improbation.

DEDICACES / REMERCIEMENT :

Au Nom de **DIEU** Le Tout Miséricordieux Le Très Miséricordieux

Louange à ALLAH Le Maître des Cieux et de la Terre et de ceux qu'ils contiennent, Le Créateur absolu, Le Maître des circonstances, Le vivant, Le Généreux, Le Compatissant, Le Détenteur du savoir absolu qui m'a toujours porté Son Secours ; guide-nous sur la voie sur laquelle Tu as envoyé Ton Prophète (**SAW**) et aide-nous à T'adorer comme Tu le souhaite. C'est par Ta Miséricorde qui comble tout l'univers que je suis arrivé au bout de ce chemin ci-long et pénible ; je ne saurais jamais te remercier comme Tu l'as dit dans Ton Livre : « *wa in taouddounîmatoullahi lâ touhssouha* ».

Paix et salut au Prophète **Mohamed** (**SAW**), le dernier des prophètes, le messenger de **DIEU**, le digne de confiance ; à ses nobles compagnons et à sa sainte famille ; que **DIEU** nous donne la force de suivre vos pas. Merci infiniment pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité.

DEDICACES

A mes parents **ALKASSOUM Salifou et Hadjia HAOUAOU Moussa**, merci pour tout ce que vous avez fait pour nous depuis notre naissance jusqu'à aujourd'hui ; vous avez su nous transmettre la meilleure des éducations. Ce travail est le fruit de vos efforts consentis pendant toutes ces années pleines d'épreuves. Qu'**ALLAH** vous récompense, vous fasse miséricorde, vous guide sur son droit chemin et vous donne santé et longévité. Aussi puisse **ALLAH** nous donner la possibilité de prendre la relève. Merci infiniment, je vous aime de tout cœur...

A mon oncle **Aboubacar Moussa** mon père adoptif, l'exemple des éducateurs ; je me rappelle toujours des conseils que tu me donnes depuis ma tendre enfance jusqu'à aujourd'hui. Ton savoir-faire, ton abnégation, ton sens de planification étaient mes compagnons de tous les jours. Les mots me manquent sincèrement pour te témoigner de ma reconnaissance. Qu'**ALLAH** te guide, te fasse miséricorde et te donne santé et longévité. Ce travail est le tien. Je t'aime papa...

A ma très chère sœur, **Aichatou Alkassoum**, mon adorable grande sœur, merci pour tes sacrifices, ton soutien moral, financier et matériel. Que DIEU te bénisse, te donne longue vie et santé. Ce travail qui est le tien, qu'il fasse ta joie.

A mes autres frères et sœurs : **Maman Sani, Boubacar, Rahamatou, Salifou** ; quel bonheur de vous avoir dans ma vie. Que ce travail fasse votre joie et qu'il soit un bel exemple pour les plus jeunes. Je suis fier d'être de vous, je vous aime...

A ma **Femme**, l'essence de ma vie ; tu es l'autre partie de mon corps. Je n'ai jamais voulu que ce moment arrive sans que tu ne sois accompagnée par ton petit trésor, **Massaoudou**. Qu'**ALLAH** vous guide et vous bénisse. Je vous aime très fort...

A toute ma famille et à tous ceux qui ont de près ou de loin contribué à la réalisation de ce travail, je vous dis merci !

REMERCIEMENTS

A tous mes amis. Je ne cite pas de nom par peur de ne pas oublier certains, merci pour tout.
A toute la promotion 2000 de la **FSS** de l'**UAM**, nous avons passé des moments inoubliables ensembles, merci qu'**ALLAH** vous assiste.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Ag. NOUHOU Hassane

Professeur Agrégé en Anatomie-pathologie

Enseignant chercheur à la Faculté des Sciences de la Santé

Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé

C'est un immense honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos précieux enseignements dont nous gardons un souvenir vivant.

Honorable maitre, nous avons toujours été impressionnés par votre disponibilité pour la formation des étudiants, par vos immenses qualités humaines et scientifiques qui font de vous un enseignant chercheur exemplaire.

Cher maitre veuillez trouver ici, l'expression de toute notre reconnaissance et de notre grand respect.

Que **DIEU** vous assiste. Amen !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Dr HAMADOU Djibo Yacouba

Spécialiste en médecine préventive

Enseignant chercheur à la faculté des sciences de la santé

Chef du département de Santé Publique

Honorable maître,

C'est une fierté pour nous d'avoir été sous votre formation.

La spontanéité et la chaleur avec lesquelles vous avez accepté de diriger ce travail confirme vos immenses qualités humaines.

Votre abord facile, votre simplicité, votre gentillesse et votre rigueur dans le travail bien fait font de vous une référence. Malgré votre rang cher maître vous nous avez traités toujours comme vos enfants, vos amis ou vos frères. Les mots sont faibles pour vous remercier pour tout ce que vous nous faites. Nous gardons de vous l'image d'un maître disponible, ouvert à tous et rigoureux dans le travail bien fait.

Veillez trouver ici cher Maître l'expression de notre immense gratitude et de notre profond respect. Qu'**ALLAH** vous bénisse, vous fasse miséricorde et vous assiste dans tous vos projets.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr HAROUNA Djingarey

Médecin Santé Publique ;

Directeur du Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Cher maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité, votre abord facile, vos qualités humaines forcent notre admiration. Nous vous prions cher maître, de recevoir le témoignage de notre profonde gratitude.

Votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes certain, cher maître, que votre présence dans ce jury permettra sans doute de rehausser la qualité du travail.

Que **DIEU** vous récompense.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr HAMA Issa

Médecin Santé Publique

Ministère de la Santé Publique

Cher maitre, vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous vous remercions non seulement pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury mais aussi pour la formation de tous les jours que nous recevons de vous.

Votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes certain, cher maitre, que votre présence dans ce jury permettra sans doute de rehausser la qualité du travail.

Veillez trouver ici, cher maître le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect. Que **DIEU** vous guide davantage.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr GAGARA Magagi

Chère maitre nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury avec la plus grande spontanéité. Nous vous remercions très sincèrement.

Votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire.

Nous sommes certain, cher maitre, que votre présence dans ce jury permettra sans doute de rehausser la qualité du travail.

Veillez croire chère maitre à l'assurance de notre grande et sincère estime.

Que **DIEU** vous protège.

"La Faculté des Sciences de la Santé par délibération a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation,

SOMMAIRE

CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE.....	ii
DEDICACES / REMERCIEMENT :	xii
HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :	xv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	1
LISTE DES FIGURES.....	3
I. INTRODUCTION	4
II. OBJECTIFS.....	6
1. OBJECTIF GENERALE.....	6
2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	6
III. GENERALITES.....	7
1. Etat de santé de la population au Niger.....	7
2. Quelques résultats de l'analyse de résultats des OMD au Niger	7
2.1 Evolution par rapport à l'objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim.....	7
2.2 Evolution par rapport à l'objectif 4 : Réduire la mortalité des moins de 5 ans... ..	8
2.3 Evolution par rapport à l'objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.....	8
2.4 Evolution par rapport à l'objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	8
3. Les maladies non transmissibles au Niger	9
4. Déterminants de la situation sanitaire	10
5. Santé et pauvreté	10
6. Politique de santé au Niger.....	11
7. Organisation et gestion du système de santé.....	12
8. Gestion du secteur pharmaceutique.....	13
9. Le financement du secteur public de la santé.....	15
9.1 Les sources de financement.....	15
9.2 Les difficultés du financement du secteur public de la santé	19
9.3 Le financement privé des dépenses de santé	21
10. Analyse de la situation relative à la gouvernance en santé	22
11. La coordination et la collaboration.....	22
12. Législation et réglementation	23

13. Le contrôle, les audits et les inspections des formations sanitaires	23
14. La supervision	23
15. Décentralisation et participation communautaire.....	24
16. Développement des Soins de Santé Primaires	24
17. Amélioration de la qualité des soins	25
IV. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE.....	27
1. Cadre d'étude : Généralités sur l'arrondissement Communal Niamey I	27
1.1. Situation Géographique	27
1.2. Peuplement et démographie.....	27
1.3. Habitat et équipement.....	28
1.4. Climat	28
1.5. Relief et sols	29
1.6. Hydrographie	29
1.7. Végétation.....	29
1.8. Education	30
1.9. Santé	30
1.10. Principales activités économiques	31
1.11. Organisation politico Administrative	31
2. METHODOLOGIE	32
2.1 Type et période d'étude	32
2.2 Population d'étude	32
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	32
2.4 Echantillon.....	32
2.5 Outils et technique de collecte de données	32
2.6 Traitement et analyse des donnés	33
2.7 Difficultés rencontrées.....	33
V. PRESENTATION DES RESULTATS.....	34
1. Caractéristiques sociodémographiques	34
1.1 Sexe.....	34
1.2 Age.....	34
1.6 Ministère de provenance.....	37

1.7 Type d’habitat.....	38
1.8 Possession de la maison	38
1.9 Catégorie professionnelle	39
1.10 Ancienneté dans la fonction Publique	39
1.11 Revenu mensuel.....	40
1.12 Source de revenu pour faire face aux dépenses de santé.....	40
1.13 Connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat.....	41
1.14 Connaissance de l’existence maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé.....	41
1.15 Connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé citées	42
1.16 Connaissance d'une agence d'assurance maladie.....	42
1.17 Souscription à une agence d'assurance maladie	43
VI. DISCUSSIONS ET COMMENTAIRE	44
VII. CONCLUSION	46
VIII. RECOMENDATIONS.....	47
RESUME.....	48
SUMARY.....	49
BIBLIOGRAPHIE	50
ANNEXES	51

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CDMT** : Cadre des Dépenses à Moyen Terme
- COGES** : Comité de gestion
- COSAN** : Comité de Santé
- CPN** : Consultation prénatale
- CSI** : Centre de Santé Intégré
- CTB** : coopération technique Belge
- DRSP** : Direction Départemental de la Santé Publique
- DS** : District Sanitaire
- DSBE** : Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels »
- EDS** : Enquête démographique et de santé
- EDSN/MICS II** : Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples
- Hbts**: Habitants
- HD** : Hôpital de District
- HTA** : Hypertension artérielle
- IEC** : information éducation communication
- IST** : Infection sexuellement transmissible
- MSP/LCE** : Ministère de la santé Publique et de la lutte contre les endémies
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- PDS** : Plan du Développement sanitaire
- PTF** : Partenaire technique et financier
- QUIBB** : Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base
- SDRP** : Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté
- SIDA** : syndrome immunodéficience acquise
- SNIS** : Système national d'information sanitaire
- SNU** : Système des nations unies
- VIH** : Virus immunodéficient acquis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Sources de financement des dépenses publiques de sante au Niger	17
Tableau II : Taux d'exécution des dépenses de fonctionnement par région de 2000 à 2001	19
Tableau III : Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge.....	34
Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le statu matrimonial	35
Tableau V : Répartition des enquêtés selon le régime matrimonial.....	35
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants.....	36
Tableau VII : Répartition des fonctionnaires selon le ministère de provenance.....	37
Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon l'ancienneté dans la fonction Publique	39
Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur Source de revenu pour faire face au dépense de santé	40
Tableau X : Répartition des enquêtés selon leur connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat.....	41
Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé.....	41
Tableau XII : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé citées.....	42
Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance d'une agence d'assurance maladie.....	42
Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon la souscription à une agence d'assurance maladie.....	43

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe.....	34
Figure 2: Répartition des enquêtés selon le type d'habitat.....	38
Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la possession de la maison	38
Figure 4 : Répartition des enquêtés selon la catégorie professionnelle.....	39
Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur revenu mensuel	40

I. INTRODUCTION

Dans le secteur de la santé, le gouvernement nigérien a élaboré et adopté, un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1999-2005. Ainsi, une volonté politique a été affirmée afin de mener les réformes permettant de renforcer le système de santé et de rendre accessibles les services de santé de qualité à toutes les couches sociales de la population (y compris les fonctionnaires) contribuant à la réduction de la pauvreté. L'analyse de la situation de la santé de incluant celle des fonctionnaires, lors de l'élaboration dudit PDS, a fait ressortir un tableau peu reluisant [1].

Malgré l'urgence des besoins, les politiques et les programmes conçus et mis en œuvre en faveur du bien-être des fonctionnaires n'ont pas produit l'impact recherché. En effet, bien que les évaluations à mi-parcours (interne et externe) du PDS aient révélé d'importants progrès vers l'atteinte des objectifs surtout dans le domaine de la santé en général, celle des fonctionnaires n'a pas connu de changement significatif durant la première partie de mise en œuvre du PDS. Aussi, les données relatives à la santé de ce groupe cible, longtemps occultées par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS) en l'absence de supports de collecte adaptés, rendent difficile le suivi des activités sur le terrain.

Répondre aux besoins divers des fonctionnaires constitue dès lors un défi. Malheureusement, les fonctionnaires sont souvent seuls à affronter ces risques.

Dans le domaine de la recherche, très peu d'études ont abordé la problématique de fonctionnaires afin de cerner les différents risques auxquels ils sont exposés et aussi les difficultés dans leur prise en charge sanitaire. Aussi, les données d'enquêtes, même si elles existent, ne prennent pas en compte de manière globale les besoins des fonctionnaires en matière de santé.

La présente étude permettra de disposer des données en matière de santé des fonctionnaires. Le plan de notre étude comprend les parties suivantes :

Introduction

Objectifs

Généralités

Matériels et méthode

Résultats

Discussions

Conclusion

Recommandations

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERALE

Contribuer à une meilleure prise en charge des prestations des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey.

2. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer les caractéristiques sociodémographique des fonctionnaires enquêtés ;
- Déterminer les sources de revenu pour la prise en charge des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey ;
- Identifier les points forts et les point faible de la prise en charge des prestations des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey;
- Formuler des recommandations en vue d'améliorer la prise en charge des prestations des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey.

III. GENERALITES

1. Etat de santé de la population au Niger

Malgré la volonté politique maintes fois affichée et les efforts déployés depuis des années, la situation sanitaire reste préoccupante et est marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo épidémiques (paludisme, choléra, méningites, VIH/sida, tuberculose ...) et l'émergence des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose et maladies mentales). Par ailleurs, l'extrême Vulnérabilité du pays entraîne la survenue quasi-régulière de situations d'urgence (crises alimentaires, catastrophes naturelles ou provoquées) auxquelles le pays n'est pas toujours préparé [2]. Ces nombreux facteurs de risque contribuent à accroître la charge maladie dans la population, en particulier chez les plus vulnérables, femmes et enfants, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque maladie (3% de la population bénéficie d'une couverture maladie). Cette situation rend difficile l'accélération des progrès, vers l'atteinte des Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) liés à la santé.

Une analyse de l'évolution des indicateurs des OMD liés à la santé sur la période 1990-2000 montre que, dans l'ensemble, si des progrès ont bien été réalisés, ils ne sont pas suffisants pour permettre au pays d'être au rendez-vous du millénaire en 2015[3].

2. Quelques résultats de l'analyse de résultats des OMD au Niger

2.1 Evolution par rapport à l'objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim

Le problème nutritionnel des enfants nigériens reste entier et s'est particulièrement dégradé en 2000 suite aux crises alimentaires qu'a connues le pays. Malgré une évolution en dents de scie du taux de prévalence de la malnutrition chronique entre 1990 et 2000. En ce qui concerne l'insuffisance pondérale la prévalence est passée de 48.1 % en 1990 à 50% en 2000 [4].

2.2 Evolution par rapport à l'objectif 4 : Réduire la mortalité des moins de 5 ans.

De 318 ‰ en 1992, le taux de mortalité infanto juvénile est passé à 198 ‰ en 2000. Parmi les facteurs contributifs, on note que le taux de létalité du paludisme est passé de 0,27% en 1992 à 0,13% en 2000 ; le taux de couverture vaccinale contre la rougeole est supérieur à 80% depuis 1990. Sur ces bases, le pays pourrait se rapprocher de son objectif de 114 pour mille en 2015[5].

2.3 Evolution par rapport à l'objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

Le taux de mortalité maternelle demeure très élevé : 648 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 et a très peu évolué (700 pour 100 000 naissances vivantes en 1990), rendant difficile l'atteinte de l'OMD 5 (175 pour 100 000 naissances vivantes). Parmi les facteurs contributifs, on retient que la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié a connu une évolution timide, passant de 16% en 1990 à 17.7% en 2000[6]. D'autres facteurs sont plus encourageants : le taux de mortalité maternelle intra hospitalière est passé de 2,2 % en 1990 à 0,4 % en 2000; le taux de déficit en interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue a été ramené de 72% en 1990 à 31.1% en 2000 est passé à 16% en 2001[7].

2.4 Evolution par rapport à l'objectif 6 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies

Pour combattre de façon efficace le VIH/SIDA, le Paludisme et la Tuberculose, le Niger a mis en place des programmes nationaux spécifiques qui disposent chacun d'un plan stratégique de lutte.

VIH/sida : On constate une stagnation du taux de séroprévalence globale qui est passé de 0.87% en 1990 à 0.70% en 2000. Le taux de séroprévalence VIH chez les femmes enceintes reçues à la 1ère visite de CPN est passé de 0.06% en 1990 à 0.03% en 2000.

Tuberculose : On constate un important accroissement de l'incidence qui passe de 168 en 1997 à 180 pour 100 000 habitants en 2000 (toutes formes confondues) ; pour les cas de Tuberculose pulmonaire positive l'incidence a passé de 50 cas pour 100000 Hbts en 1990 à 77 cas en 2000. Le taux de dépistage est passé de 40,2% en 1990 à 57% en 2000. La proportion de décès parmi les malades dépistés est stable.

Paludisme : Sur la période 1990-2000, l'incidence annuelle s'est maintenue en moyenne à 80,5 cas pour 1000 habitants avec une évolution en dents de scie : 51,4 cas pour 1000 habitants en 2000

3. Les maladies non transmissibles au Niger

Au Niger, jusqu'à une date récente, on ne dispose pas de statistique fiable en matière de maladies chroniques non transmissibles. Les études qui existent sont parcellaires et ne couvrent pas tout le pays. Elles sont constituées par des mémoires et des thèses au niveau des écoles de santé.

Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2000, la prévalence de l'HTA et du diabète seraient respectivement de 8 % et 2 % et la mortalité intra hospitalière dans les formations sanitaires publiques et privées liée au diabète de 17,75 % alors que celle liée à l'HTA de 12,25 %.

On remarque que la situation est alarmante parce qu'en 5 ans, le nombre de personnes atteintes d'HTA est passé de 8 % en 1990 à 21,2 % en 2000 soit une évolution de 265 % ; pour le diabète, on est passé de 2 % en 1990 à 4,3 % en 2000 soit une évolution de 215 %. Au Niger, la prise en charge du cancer est assurée essentiellement au niveau des hôpitaux nationaux, des maternités, certains établissements de référence et certaines cliniques privées de Niamey et de l'intérieur du pays.

Les données en matière de cancer sont collectées à travers un registre mis en place depuis 1992. Ces activités couvrent principalement les populations de Niamey et de ses environs (hôpitaux publics, privés) et de quelques hôpitaux des régions. Le diagnostic du cancer était basé sur la clinique (48,30 %), la biologie (1,2 %), la radiologie mais surtout sur l'anatomopathologie (50,38 %). Dans 0,02 % des cas, le mode de diagnostic était inconnu. Pour le cancer du foie, il s'agissait d'un diagnostic clinique et surtout biologique.

De 1992 à 2000 (soit en 15 ans), un total de 5 119 cas de cancers a été enregistré dont 3 651(soit 71,32%) dans les hôpitaux de Niamey et 1 468 en provenance des hôpitaux des autres régions (soit 28,67%). La répartition par sexe est de : 2 179 hommes soit (42,56%) et 2 940 femmes soit (57,43%).

4. Déterminants de la situation sanitaire

L'état préoccupant de la santé de la population et la nécessaire accélération des progrès vers l'atteinte des OMD, pour lesquels des progrès très significatifs doivent être envisagés, sont handicapés par divers facteurs dont les principaux sont :

- La performance limitée des politiques de santé mises en œuvre ;
- Les insuffisances liées à l'organisation et à la faiblesse du système de santé ;
- Les faiblesses dans la chaîne de production, d'approvisionnement et de distribution des intrants, notamment des médicaments et des consommables médicaux ;
- L'inefficacité dans la coordination, la mobilisation et la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et immatérielles du secteur ;
- Le comportement pro nataliste des populations.
- Ces déterminants ont un impact négatif évident sur la situation sanitaire du pays et l'atteinte des OMD

5. Santé et pauvreté

Le Niger est considéré comme étant l'un des pays les plus pauvres du monde : selon le nouveau profil de pauvreté basé sur le « Degré de Satisfaction des Besoins Essentiels » (DSBE) et les résultats de l'enquête QUIBB (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Bien-être de Base) réalisée en 2001, la pauvreté toucherait 62 % de la population nigérienne avec une incidence plus élevée en milieu rural (66%) qu'en milieu urbain (52%) et une disparité importante selon les régions : 79.7 % à Maradi, 46 % à Agadez et 27 % à Niamey. Par ailleurs, « en 2000, plus de neuf personnes sur dix seront considérées comme vulnérables à la Pauvreté ». Il est admis que la pauvreté mène à un mauvais état de santé en limitant l'accès et l'utilisation des services : les pauvres consacrent en moyenne individuellement à la santé 1 439 FCFA, soit 2.3% de leur revenu, contre 8 018 FCFA pour les personnes plus aisées, soit 3.6% de leur revenu [8]. Cette disparité est accentuée par le poids écrasant que supportent les ménages dans le financement de la dépense globale de santé.

Il est également avéré qu'un mauvais état de santé contribue à la pauvreté par le paiement direct du coût des soins par le patient, accroissant d'autant la vulnérabilité : faute de

protection sociale, les ménages assurent l'essentiel des paiements directs (97% des dépenses). Il est patent que le niveau élevé de morbidité constitue un obstacle à la productivité et à la croissance économique. Il est enfin largement reconnu que de faibles états de santé et de nutrition associés à une fécondité élevée constituent des facteurs clés de la pauvreté [8].

Ce lien étroit de cause à effet entre santé et pauvreté doit amener les décideurs à en faire une priorité majeure en matière de développement socio-économique du pays avec un regard particulier en direction de la santé des pauvres. La capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins des pauvres, à assurer leur participation à la conception, à la planification et au suivi des services de santé et sa responsabilisation par rapport aux objectifs sociaux sont des défis majeurs auxquels il doit faire face. C'est donc à juste titre que l'un des axes prioritaires de la Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (SDRP) est l'accès équitable aux services sociaux de base dont la santé.

6. Politique de santé au Niger

Pour s'adapter aux conséquences liées aux crises financières qui se sont succédées à travers le monde depuis les années 70, et pour prendre en compte les engagements internationaux auxquels il a souscrit, notamment ceux en rapport avec l'atteinte des OMD, le Niger a opté, en 2000, pour la poursuite des Soins de Santé Primaires et le développement des districts 30 sanitaires, politique déjà en vigueur dans le pays depuis les années 1990 sous le vocable d' « auto encadrement sanitaire ». Cette politique vise particulièrement la recherche de l'équité et l'amélioration de l'accessibilité du plus grand nombre de personnes vulnérables (femmes, enfants, populations en zones rurales...) aux services de santé. Cependant, la mise en œuvre de cette politique n'a pas eu l'impact attendu sur les principaux problèmes de santé, à savoir la forte mortalité maternelle et celle des enfants de moins de 5 ans, la forte mortalité liée aux maladies à potentiel épidémique, le faible taux d'utilisation des services de santé par les populations couvertes.... Ceci était dû essentiellement à (i) des insuffisances dans le choix des stratégies, (ii) à la faible attention accordée à la protection financière des usagers et aux inégalités de santé entre zones rurales et urbaines et (iii) à la faiblesse du système de suivi évaluation et de gouvernance. Pour relever les principaux défis auxquels le secteur de la santé est confronté, le Niger a inscrit, parmi les priorités du PDS 2000-2006, le renforcement des activités de la santé de

la reproduction, l'intensification de la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé en général. Cette vision a été sous tendue par une volonté politique clairement exprimée à travers la décentralisation des services et la mise en place de réformes institutionnelles importantes (gratuité de certaines prestations des soins, réforme hospitalière, réforme du secteur pharmaceutique. En vue d'améliorer ces performances pour se rapprocher davantage de l'atteinte des OMD, le MSP a prévu de focaliser le PDS 2011-2015 sur le renforcement de la gestion du système de santé avec un accent particulier mis sur la santé de la reproduction, la gestion des ressources humaines, l'approvisionnement en intrants et produits pharmaceutiques, le système national d'information sanitaire, la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme... La disponibilité du PDS et du CDMT qui lui est lié devrait permettre au MSP de signer un COMPACT avec ses Partenaires techniques et financiers pour améliorer le financement du secteur.

7. Organisation et gestion du système de santé

Le système sanitaire comprend trois types d'acteurs (public, privé, médecine traditionnelle) et trois niveaux administratifs et de soins (niveau local de santé/district, niveau intermédiaire/région et niveau central/national). Ce système connaît de nombreuses faiblesses qui entravent sa capacité à relever les défis majeurs que sont la recherche de l'équité, l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services, la durabilité des actions, en particulier pour les couches les plus vulnérables et les plus pauvres de la population. Les principales difficultés concernent : (i) la décentralisation de la gestion des ressources (matérielles, financières, humaines et médicaments) liée à l'absence de critères réels de répartition des ressources (entre les différents niveaux de la pyramide, entre les régions) et à l'insuffisance dans la gouvernance et le leadership à tous les niveaux, (ii) la qualité du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), (iii) la coordination des actions de santé liée à une insuffisance de communication entre acteurs, (iv) l'implication des populations à des activités de santé

8. Gestion du secteur pharmaceutique

Pour mettre en place les diverses composantes de la politique pharmaceutique et assurer sa mise en œuvre il y a lieu de disposer de personnels technique et administratif bien formés. La faiblesse actuelle de l'autorité de régulation est liée à une insuffisance en agents tant gestionnaires que techniques. En matière d'approvisionnement et de distribution de médicaments, le Niger dispose d'une unité de production, de seize (16) centrales d'achats et d'un réseau de pharmacies publiques et privées (150) complété par des dépôts communautaires et villageois(89). Le circuit d'approvisionnement repose sur ces structures à la fois publique et privées (le système public étant assuré par l'ONPPC). L'accroissement très rapide des besoins en substances prophylactiques, thérapeutiques et de diagnostic (dû à l'augmentation de la démographie et à l'extension de la couverture sanitaire), l'insuffisance des ressources financières de l'ONPPC et la faible maîtrise de l'approvisionnement ont mis en exergue les difficultés du système d'approvisionnement national.

Le secteur est régi par une multitude de circuits d'approvisionnement animés par des acteurs tant professionnels que ceux qui interviennent de façon conjoncturelle donnant un aspect de mosaïque très difficile à maîtriser (ONPPC, SNU, centrales privées d'achat, circuits confessionnels, opérateurs privés non professionnels). Concernant l'acquisition des produits spécifiques des programmes de santé seuls l'entreposage et la distribution sont assurés par l'ONPPC lorsque des conventions spécifiques sont signées avec les acteurs concernés.

La fragilité de la situation financière de l'ONPPC due principalement aux insuffisances de gestion, a obligé les différents partenaires à utiliser leur circuit d'approvisionnement. Cette défaillance de l'ONPPC rend aléatoire l'efficacité de la Politique de Médicaments Essentiels Génériques.

Cette situation ainsi décrite ne permet pas de disposer des informations nécessaires sur le marché, d'un système d'assurance de la qualité, d'un personnel qualifié et de réaliser des économies substantielles. La connaissance du marché national et international est d'une importance pour l'achat de médicaments : elle renforcera le pouvoir de négociation des services pharmaceutiques et de connaître les tendances des prix, sans perdre de vue la spéculation et d'autres influences opérant sur le marché. Un approvisionnement régulier et

suffisant en médicaments a souvent fait défaut, malgré l'enveloppe financière qui lui est consacrée. Les raisons de cette situation sont complexes. Elles sont liées à l'attitude et au comportement des pouvoirs publics, des prescripteurs, des dispensateurs et des acteurs professionnels d'approvisionnement.

Les décisions relatives aux importations, à la fixation des prix et aux taxes douanières ont des effets notables sur l'acquisition, la fabrication et la consommation des médicaments. Une politique nationale pharmaceutique doit avoir des mécanismes permettant au secteur de la santé d'attirer les autres secteurs (notamment des responsables de la planification, des finances, de l'industrie et du commerce) pour leur participation active à la prise de décisions.

La production locale qui vise dans un premier temps, la fourniture à grande échelle des médicaments vitaux et essentiels des services de soins de santé de base particulièrement les liquides pour perfusion et l'eau pour les injections a buté contre des défis majeurs que sont la faiblesse financière, l'obsolescence des équipements et l'adaptation aux nouvelles technologies.

Le Niger a accumulé des expériences sur l'usage de remèdes d'origine naturelle disponibles sur place dont certains ont été utilisés avec succès sur la foi d'une longue expérience.

Cependant, ces remèdes ne sont pas nécessairement sans dangers du simple fait qu'ils sont naturels car certains ont donné lieu à des effets secondaires sérieux. Dans le cadre des soins de santé primaires, le recours aux remèdes traditionnels se justifie. Il y a lieu cependant d'évaluer l'utilisation de ces médicaments et de renforcer simultanément la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle lors de l'introduction de ces remèdes dans nos structures de soins.

On doit recenser les affections que la médecine traditionnelle peut traiter efficacement, en tenant en compte des aspects pathologiques et psychosomatiques de leurs symptômes.

Il faut mettre au point des méthodologies et des technologies appropriées pour l'identification, la production et le développement de remèdes traditionnels, afin d'accroître leurs avantages et leur acceptation du point de vue médical, économique et socioculturel. En somme le système d'approvisionnement pharmaceutique continue de souffrir de faiblesses majeures qui obèrent l'objectif d'assurer une disponibilité permanente de produits de qualité de sécurité répondant aux besoins du système de santé, à moindre coût,

accessibles à l'individu, aux familles et aux communautés (OMD 8). D'autres faiblesses relatives au secteur sont également à relever :

- Un manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des formations sanitaires ;
- Une sécurité transfusionnelle mal assurée du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés aggravée par leur prescription irrationnelle ;
- Une insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des formations sanitaires ;
- Une application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- Une faiblesse du système d'assurance qualité des médicaments : l'arrêté N° 00281/MSP/DPHL du 18 Novembre 1998 a instauré le contrôle de qualité des MEG (qui représentent un volume important des importations de médicaments) avant leur mise en consommation. Ce mécanisme fonctionne mal suite au non-respect de cette réglementation, les prélèvements d'échantillons n'étant pas effectués de façon systématique pour chaque importation. Il faut y ajouter l'insuffisance du système d'homologation, la faible gestion des erreurs médicamenteuses et les faibles capacités de contrôle de qualité du LANSPEX en matière d'analyse des molécules innovantes, des consommables médicaux et des préservatifs ;
- Une prolifération du marché illicite des médicaments.

9. Le financement du secteur public de la santé.

9.1 Les sources de financement.

Le financement du secteur public de la santé au Niger est assuré en grande partie par les ressources extérieures. C'est le cas de 95% des dépenses d'investissement, bon an mal an, dont environ 60% au titre des emprunts et 45% à celui de l'aide non remboursable. Les dépenses de fonctionnement le sont, pour la part revenant à l'Etat, en partie par le biais des budgets-programmes et surtout via l'aide budgétaire. Celle-ci représente, dans la Loi de finance de 1998, 37,1 milliards de FCFA, soit 11,5% de hausse par rapport à la Loi de finance 2001 et un montant équivalent à 16,7% du total des dépenses de l'Etat hors investissement (mais y compris charges de la dette publique). Si l'on exclut la charge de

dette publique, cette proportion passe à 24%. Si l'on applique ces proportions au budget de fonctionnement de la santé, on pourrait ainsi dire qu'entre 2,7 et 3,9 milliards de FCFA des dépenses de fonctionnement du MSP sont pris en charge par l'aide budgétaire.

Pour ce qui concerne les dépenses d'investissements, l'apport massif des PTF, pour généreux qu'il soit, entretient assurément un flux pratiquement incontrôlable que les maigres ressources du pays parviennent ensuite difficilement à faire fonctionner dès lors que les PTF achèvent leurs programmes pour en ouvrir de nouveaux.

L'introduction du recouvrement des coûts à partir de 1998, s'il a tout d'abord induit la baisse prévisible de la fréquentation des formations de la pyramide sanitaire, a en revanche permis le dégagement de nouvelles ressources pour celles-ci. Elles se montent à près de 2 milliards de FCFA désormais et recouvrent tant des dépenses de médicaments (pour l'essentiel) que des dépenses de fonctionnement.

Tableau I : Sources de financement des dépenses publiques de sante au Niger

		20 00	2001
		ordonnancé	ordonnancé
Recouvrement des coûts (district)		1.250, 2	1.493, 1
Recettes propres (EPA)			
Recouvrement des coûts (Équipes Mobiles)			
lignes budgétaires du MSP		28.597, 7	33.179, 4
	dont PPTE	0, 0	0, 0
autres budgets de l'État (1)		0, 0	2.136, 5
	dont PPTE	0, 0	2.136, 5
Collectivités locales		,	,
recettes CNSS	dont participation	693, 4	666, 9
	dont RC	46, 3	48, 2
Sources externes (budgets-programmes)		50, 5	28, 4
TOTAL DES FINANCEMENTS		30.638, 1	37.552, 5
BESOIN DE FINANCEMENT		-204, 2	-163, 8

Sources : MSP/LCE; Revues des dépenses publiques du secteur santé (2000-2002) du MSP/LCE

Les ressources dégagées par l'allègement de la dette ont commencé à jouer un rôle non négligeable dans le financement des dépenses de santé. Ainsi, dans la Loi de finance 2000, les dépenses de fonctionnement financées par les ressources PPTE incluent des dépenses de personnel pour 1.083 millions (agents de santé communautaire recrutés pour le fonctionnement des cases et personnel contractuel du ministère de la santé) et de formation de ces agents, pour 200 millions de FCFA. S'ajoutent également 231 millions au titre de l'appui à la lutte contre le paludisme. Des dépenses d'investissement sont également

inscrites à hauteur de 402 millions (construction de CSI en particulier). Ainsi, en sommant toutes les lignes budgétaires de l'Etat, la Loi de finance 2000 prévoit que le programme PPTE totalise 6.059 millions de FCFA pour le secteur de la santé, dont 1.916 millions au budget du MSP. On note par ailleurs que cette forme de financement, qui vient en complément des ressources engagées dans les lignes budgétaires traditionnelles, a été utilisée pour la prise en charge par le MSP des dépenses de fonctionnement des cases de santé communautaire financées par le programme du président pour les volets investissement, formation et dotation. Au total, les ressources PPTE comptent pour près de 15% de l'ensemble des sources de financement du secteur public et même 21% des dépenses incombant directement à l'Etat. Ce dégagement de ressources vient, en principe, augmenter les capacités de financement du secteur et, à appui budgétaire constant, augmenter aussi le total de ressources disponibles pour le secteur.

Les programmes verticaux bénéficient eux aussi d'un soutien extérieur très important, puisqu'il représente l'essentiel de leurs sources de financement. Dans l'ensemble, le secteur connaît donc une forte dépendance vis à vis de l'aide extérieure. Ceci pose bien évidemment la question de sa viabilité à long terme, d'autant que cette dépendance ne semble guère reculer. La montée en puissance des programmes verticaux (20,6% de l'ensemble des dépenses de santé du secteur public prévues en 2001) tend en effet à accentuer cette dépendance. Elle n'est que partiellement contrebalancée par le dégagement de nouvelles ressources budgétaires liées à l'annulation d'une partie de la dette extérieure du pays (programme PPTE).

La part très élevée des dépenses d'investissement dans l'ensemble des budgets de santé de l'Etat a aussi contribué tant à la dépendance financière qu'au doute quant à la viabilité future du système public de santé. Cependant, le recul de ces dépenses enregistré en 2000 pourrait permettre d'augmenter de façon significative la part nationale du financement de la pyramide sanitaire, fonctionnement et investissements confondus. A condition que cette tendance se confirme et que les ressources tant fiscales qu'à travers le programme PPTE montent en puissance dans le financement du secteur.

9.2 Les difficultés du financement du secteur public de la santé

L'une des constatations majeures tirée de l'étude du secteur de la santé publique au Niger est la carence des ressources de fonctionnement au niveau opérationnel, (ex : l'inactivité opératoire des 17 hôpitaux de district équipés). Ceci est à rapprocher des taux d'exécution très variables des lois de finances votées, elles-mêmes souvent révisées à la baisse. En 2001, néanmoins, la Loi de finance n'a pas été révisée, mais il est probable que son taux d'exécution sera assez faible malgré tout. Si les dépenses de personnel sont systématiquement consommées telle que budgétées, voire au-delà, et si les investissements le sont aussi, notamment parce qu'ils sont les principaux bénéficiaires de l'apport de ressources externes, il n'en est pas de même des autres dépenses de fonctionnement. Dans ce panorama, les différents niveaux de la pyramide sanitaire ne sont pas logés à la même enseigne. Ainsi, le taux d'exécution des dépenses du niveau central est systématiquement plus élevé que celui des niveaux périphériques, alors même que le besoin de santé se situe dans ce dernier. Le taux d'exécution des dépenses de fonctionnement du niveau périphérique a progressé de 44,4% à 75% entre 2000 et 2001 (voir tableau ci-dessous) mais reste encore insuffisant pour satisfaire les besoins réels de la pyramide sanitaire.

Tableau II : Taux d'exécution des dépenses de fonctionnement par région de 2000 à 2001

Régions (par gradient de pauvreté)	2000	2001
Tillabéri	38,95	54,10
Dosso	46,40	63,95
Maradi	42,00	65,67
Zinder	44,07	52,79
Tahoua	47,56	60,64
Diffa	49,43	58,35
Agadez	28,25	67,29
Niamey	56,07	74,43
Niveau périphérique	44,37	61,92

Source : Revue des dépenses publiques du secteur de la santé (exercices 2000-2001).

Ministère de la Santé Publique et de Lutte Contre les Endémies, République du Niger.

Le recouvrement des coûts a été un moyen de répondre à ce manque chronique de ressources au niveau opérationnel. Il a certes amélioré l'approvisionnement en médicaments en particulier, mais au prix d'un accès payant au système de santé publique. Une analyse plus avancée du recouvrement des coûts est proposée dans le chapitre suivant. La décentralisation doit en principe, à terme, contribuer aussi à la disponibilité de ressources financières au niveau local pour la prise en charge d'une partie des coûts de fonctionnement et même d'investissement du niveau opérationnel. Mais il est fort douteux que ceci se concrétise rapidement et il convient donc de considérer que le district sanitaire demeurera encore longtemps le niveau de base du système et que c'est à ce niveau que l'effort d'amélioration de la gestion de la pyramide sanitaire doit être porté.

La gestion financière des infrastructures dépendant du MSP/LCE est rendue difficile par une série d'obstacles parmi lesquels le fait que les crédits finalement libérés le sont tardivement et à des niveaux inférieurs à ceux initialement votés (voir aussi les détails au chapitre infrastructure).

Si les dépenses de personnel sont épargnées par les ajustements budgétaires, en vertu d'un accord avec les institutions de Bretton Woods, les autres postes de dépense sont en revanche susceptibles d'être revus à la baisse. Il est fréquent que la révision d'une Loi de finance, qui intervient assez tard dans l'année de son exécution, implique le gel des dépenses sur certains postes au moment de l'officialisation de l'ajustement budgétaire. Les dépenses de fonctionnement hors personnel ont principalement affecté les niveaux périphériques et opérationnels davantage que le niveau central.

Un autre facteur limitatif de la capacité du MSP/LCE à gérer l'allocation des ressources est le fait qu'un certain nombre de dépenses sont comptabilisées en dehors des lignes budgétaires du MSP/LCE, en particulier l'électricité, l'eau et les frais de télécommunication, toutes regroupées dans trois comptes centraux du Ministère des Finances et de l'Economie pour l'ensemble de l'Etat. De même, certaines dépenses du MSP/LCE sont regroupées dans les comptes centraux du ministère alors qu'elles concernent essentiellement les niveaux périphériques et opérationnels, comme les dépenses de carburant, celles d'entretien du matériel roulant. Enfin, des réaffectations d'imputation budgétaire ont régulièrement lieu, ce qui accroît le manque de capacité de

maîtrise financière du budget de la santé et limite les capacités de gestion à court et moyen terme.

La faiblesse des capacités de gestion financière au niveau périphérique et opérationnel est également un facteur limitatif important. D'une certaine façon il justifie la centralisation de la gestion, mais d'un autre côté il empêche précisément la mise en œuvre d'une gestion décentralisée qui garantirait, si elle est correctement mise en œuvre, une meilleure gestion des ressources là où elles sont le plus nécessaires. La mise à disposition des comités de gestion des districts depuis quelques semaines d'une première promotion de 22 gestionnaires formés à la gestion hospitalière à Lomé pourrait servir de base à une refonte des mécanismes de gestion financière du secteur. Ces personnes ont notamment reçu une formation à la planification et à la budgétisation. Mais leur formation en comptabilité analytique est pour le moment insuffisante.

Enfin, il faut ajouter une autre difficulté pour la Direction des Affaires Financières du MSP/LCE concernant l'obtention des données finales de consommation des crédits de la part du Ministère des Finances et de l'Economie – et notamment les fichiers électroniques qui leur sont refusés. Ceci représente assurément un sérieux obstacle pour la mise en œuvre d'une gestion financière efficace. Cette incongruité devra être résolue.

9.3 Le financement privé des dépenses de santé

Les deux chapitres qui suivent ont aussi été abordés pour des aspects plus spécifiques dans le chapitre du secteur pharmaceutique.

Selon les estimations de l'OMS, les dépenses de santé étaient pour environ 55% à la charge des ménages au Niger en 2000. Sur la base des estimations de PIB et de part de PIB consacrée aux dépenses de santé (soit 3,9% selon la même source), cela aurait donc représenté environ 30 milliards de FCFA en 2000. Sur la base de 11 millions d'habitant, cela équivaldrait à environ 2700 FCFA par personne et par an.

Une enquête réalisée sur le budget et la consommation des ménages au Niger de 1989 à 1994, soit avant la mise en place du recouvrement des coûts, (profil de pauvreté au Niger novembre 1994) avait estimé la part des dépenses de santé et d'hygiène des ménages à 1900 FCFA par personne et par an en milieu rural et à 3100 F en milieu urbain, ce qui semble corroborer l'estimation de l'OMS, mais il est possible que cette dernière ait basé ses estimations précisément sur cette étude. Aucune autre étude plus récente n'a permis de réactualiser ces données mais une étude devrait bientôt pallier ce manque. Quelques études

d'avant la dévaluation donnent quelques indicateurs en ce qui concerne les dépenses des familles liées à l'hospitalisation ou aux différents modes de recouvrement des coûts.

10. Analyse de la situation relative à la gouvernance en santé

Les réformes envisagées au Ministère de la Santé Publique exigent un Leadership fort et une meilleure Gouvernance aux différents niveaux du système de santé. Le renforcement de la gouvernance et le leadership passera par la consolidation de la décentralisation/déconcentration, le renforcement de l'approche qualité, l'amélioration de la gestion des ressources financières et du système de suivi-évaluation. En outre, l'accent sera mis sur le renforcement des capacités, la prise en compte du genre, la planification sanitaire, la législation/règlementation, le contrôle, les audits et les inspections des formations sanitaires, les réformes sectorielles, la collaboration/coordination, la gestion de l'information sanitaire, la recherche en santé, la contractualisation, la multisectorialité, la supervision facilitante, le développement de la communication et de la participation communautaire.

11. La coordination et la collaboration

Des comités de concertation ont été mis en place à tous les niveaux d'une part et d'autre part un cadre de concertation des PTFs a été mis en place. Ce qui a permis la participation des PTFs au développement des réformes institutionnelles (financement, CMU, etc.) à leur mise en œuvre (exemple de la CTB et de son projet d'appui institutionnel) et au renforcement des mécanismes de concertation à travers le compact même si par ailleurs l'on assiste à une diminution du nombre de réunions.

Concernant les missions de suivi de terrain, il est noté un taux d'absentéisme des PTFs élevé et une participation inégale ; la réunion inter PTFs censée avoir une périodicité mensuelle souffre également des mêmes irrégularités.

Concernant la coordination entre les services déconcentrés du système, des difficultés existent et l'on note des incohérences entre les plans de développement des districts sanitaires et les plans de développement communaux (les CSI sont implantés dans les districts sans prendre en compte le plan de couverture sanitaire de ces derniers).

12. Législation et réglementation

Il existe une Direction de la législation.

Le code de santé publique a été élaboré ;

La réglementation sur l'organisation et le fonctionnement des services des urgences n'a pas été élaborée ;

Le code de santé publique n'est pas encore adopté ;

Plusieurs textes législatifs ont été pris mais beaucoup de textes réglementaires pour leur application ne sont pas rédigés, ou sont rédigés mais non adoptés

13. Le contrôle, les audits et les inspections des formations sanitaires

L'Inspection Générale de la santé qui avait pour mission essentielle l'inspection technique de la santé, mais, depuis elle a été érigée en l'Inspection Générale des Services et a été renforcée en ressources humaines pour prendre en compte en plus des techniques, les aspects managérial, financier et organisationnel. Cependant, il persiste des insuffisances dans le contrôle, l'audit et l'inspection des services de santé.

14. La supervision

En matière de supervision, les taux se sont améliorés aux niveaux de CSI, DS et DRSP dépassant les >50%. Au niveau central, le taux de réalisation des supervisions n'a point dépassé 38%. En outre, même si on note une timide amélioration, aucun niveau (central, régional et district) n'a atteint la cible de 86%. Le profil des superviseurs cache des disparités dans la capacité à mener une supervision intégrée ; il existe peu de cadres au niveau des équipes des districts et DRSP qui ont le profil approprié pour mener la supervision qui permet d'améliorer la qualité des prestations.

15. Décentralisation et participation communautaire

Concernant la décentralisation/ Déconcentration, le Niger en adhérant à la déclaration de LUSAKA, a créé des structures déconcentrées faisant du district sanitaire l'unité opérationnelle du système de santé.

Cependant, la lenteur dans la mise en œuvre de la décentralisation au niveau politique et administratif n'est pas nature à favoriser la décentralisation dans le secteur de la santé.

Trois compétences sont à transférer au niveau des collectivités notamment la gratuité des soins, la gestion des ressources humaines et les infrastructures.

En matière de participation communautaire, depuis le début des années 2000, le nombre des comités de gestion (COGES) et des comités de santé (COSAN) sont en nette progression.

Il existe une insuffisance dans la fonctionnalité des COGES et des COSAN (qualité de leurs membres, qualité de la collaboration avec les agents de santé). Le niveau d'implication des communautés dans la gestion des services de santé reste encore faible 15,2% à l'heure actuelle.

16. Développement des Soins de Santé Primaires

Le Niger a adhéré à la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (1978), à la Conférence de Lusaka sur le Scénario de Développement Sanitaire en trois phases (1985) et à l'Initiative de Bamako sur le recouvrement des coûts (1987). La déclaration de la première politique sanitaire du Niger en 1995, a lancé la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires avec comme unité opérationnelle de mise en œuvre, le district sanitaire (DS) composé d'un ensemble de cases de santé (CS), de centres de santé intégrés (CSI) et de l'hôpital de district (HD).

De façon générale, on note que le pays n'a pas défini de manière formelle une stratégie ou des directives pour le développement des soins de santé primaires au niveau national, notamment en ce qui concerne l'organisation des prestations pour une offre des soins intégrés, continus et globaux, l'organisation et l'appui attendu des autres niveaux du système de santé pour le développement des SSP, l'implication et la coordination des autres secteurs qui interviennent dans les soins de santé primaires (eau, assainissement, agriculture et élevage, la production alimentaire, etc.) au niveau local et aux autres niveaux. Il existe une stratégie de participation communautaire qui reprend quelques

aspects de développement des DS, mais cela n'est pas suffisant étant donné que la participation communautaire ne peut à elle seule régler les questions relatives à l'organisation des prestations et à la multisectorialité que nécessitent les SSP pour leur développement, ainsi que l'appui que les DS doivent recevoir des autres niveaux pour l'implantation de la stratégie des SSP.

Pour résoudre un certain nombre des problèmes qui se posent au niveau périphérique, le Gouvernement a entrepris un certain nombre des réformes parmi lesquels on peut citer : (i) la transformation des CS en CSI, l'affectation des médecins dans les CSI, le redécoupage des DS de plus de 500 000 habitants, l'actualisation des normes et standards, l'élaboration de la carte sanitaire nationale, la décentralisation dans le secteur, etc.

Cependant faute d'une stratégie clairement définie pour le développement du DS, ces réformes semblent être des initiatives isolées qui n'ont pas toujours des liens les unes avec les autres. Par exemple, le redécoupage actuellement en cours qui fait passer le nombre des DS de 44 à 72 devrait se référer aux normes d'organisation et de fonctionnement des DS tels que la charge de travail pour l'équipe cadre, les distances à parcourir pour la supervision, la population de responsabilité, le nombre des CSI moyens à couvrir, la taille de l'équipe cadre du DS, etc. On constate par contre que le redécoupage est déjà terminé au moment où les normes d'organisation et de fonctionnement des DS sont en cours de révision. La mise en cohérence de toutes ces actions et réformes est nécessaire.

17. Amélioration de la qualité des soins

Le taux global de satisfaction des usagers enregistré en 2000 était de 45,70%.

La qualité des prestations se traduit par :

- une plus grande disponibilité des médicaments, même si certains estiment que les produits pharmaceutiques restent encore chers ;
- des consultations pré et post-natales bien assurées, de même que des accouchements assistés ;
- des activités de sensibilisation régulières sur la vaccination, le paludisme, les activités d'IEC SIDA/IST
- la planification familiale bien assurée
- Il faut cependant souligner que des efforts importants restent à fournir dans les domaines suivants :

- Le mauvais accueil des malades,
- La qualité peu satisfaisante des visites médicales,
- L'insuffisance ou rupture de médicaments ;
- les diagnostics et les soins curatifs

IV. DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1. Cadre d'étude : Généralités sur l'arrondissement Communal Niamey I

1.1. Situation Géographique

Erigée en Communauté Urbaine, en vertu de la Loi n° 98-32 du 14 septembre 1998, la région de Niamey est constituée de cinq (5) communes, lesquelles sont composées de quartiers et de villages ruraux ou semi ruraux dits villages rattachés. La délimitation et le nombre de communes de la CUN ont subi plusieurs modifications (passant de trois à cinq communes) en 1996 puis en 2001 (avec les lois sur la décentralisation).

La ville de Niamey est située à 13°31 de latitude nord et 2°26 de longitude Est. Les limites officielles des arrondissements sont souvent l'objet de conflits administratifs. Le découpage des communes pose fréquemment quelques difficultés en terme de gestion urbaine (ex : gestion des déchets) ou de mobilisation de ressources financières (ex. localisation des marchés et potentiel fiscal inégal entre communes).

L'arrondissement communal Niamey 1, situé dans la partie ouest de la ville est limité :

- A l'Est par l'arrondissement communal Niamey II
- A l'Ouest et au Nord par la commune rurale de Karma (département de Kollo) correspondant aux limites des localités de Gorou Banda et Goudel Gorou
- Au Sud par le fleuve Niger constituant la limite avec l'arrondissement Communal Niamey V et la commune rurale de Lamordé Bitinkodji

La superficie de l'arrondissement communal Niamey 1 est estimée à 114 km².

1.2. Peuplement et démographie

La population de l'arrondissement communal Niamey 1 est composée de tous les groupes ethniques du Niger ; ce qui dénote son caractère urbain et cosmopolite.

Depuis sa création en 1926 par l'autorité coloniale, Niamey la capitale a enregistré des taux de croissance annuels élevés, supérieurs à 10%. En 1960, la ville ne comptait que 35 000 habitants, dix-sept ans plus tard (1^{er} recensement général de la population), sa population atteint 242 973 habitants.

Des fortes migrations rurales (intensifiées lors des épisodes de sécheresses historiques) font maintenir le taux d'accroissement de la capitale à plus 6%, alors qu'il n'est que de 3,3% à l'échelle nationale.

Selon le recensement général de la population effectué en 2001, la population de l'arrondissement communal Niamey 1 est de 112 833 habitants dont 56 129 femmes (49,7%) et 56 754 hommes (50,3%). Le nombre de ménages est de 29 918 sur la base d'une moyenne de sept (7) personnes par ménage. La densité d'occupation de l'espace est de 1 837 personnes au km².

La population autochtone se retrouve essentiellement dans les quartiers de Yantala, Goudel et les villages périphériques (Goudel Gorou, Lossa Goungou, Gabagoura, Tondibiya, Tondikoirey, Kosseye, Soudouré et Gorou Banda).

1.3. Habitat et équipement

Dans l'arrondissement communal Niamey 1, ce sont les habitations en ciment qui dominent, notamment dans tous les quartiers urbains. Les maisons en banco se retrouvent dans les villages rattachés.

Par rapport aux conditions générales de confort des logements occupés, plus de la moitié des ménages (52,5%) utilisent l'électricité comme principale source d'éclairage dans leur logement mais 45,7% utilisent aussi le pétrole pour s'éclairer. Le bois de chauffe représente pour 78% de ménages, le principal combustible pour la cuisson des aliments, le préférant au gaz et au charbon (certainement plus onéreux). Quant au lieu d'aisance, seulement 13,2% des ménages disposent de latrines individuelles avec chasse d'eau et 49,8% utilisent des latrines améliorées ou aménagées.

Par rapport aux équipements et biens durables possédés par les ménages, il ressort que le taux d'équipement des ménages reste relativement faible : seulement 12,3% possèdent une voiture, 5,3% une chaîne wifi et seulement 2,8% disposent d'un ordinateur à la maison. Les biens d'équipement qui sont le plus souvent possédés par les ménages sont les radios (74%), les ventilateurs (38,7%), les postes téléviseurs (37,4%), les réfrigérateurs (22,2%), les moto/mobylettes (14,1%) et les bicyclettes (11,4%).

1.4. Climat

Le climat de la région de Niamey est de type sahélo-soudanien et caractérisé par deux saisons principales :

- Une saison sèche d'octobre à mai durant laquelle souffle l'Harmattan, vent sec de secteur Nord-Est à Est. De novembre à février, le climat est relativement sec et froid, les températures moyennes n'excédant pas 20°C. Au cours de cette période l'Harmattan

soufflant du nord est au sud-ouest, associé au phénomène de convection thermique provoque la mise en suspension des particules de poussière. Les plus fortes températures sont enregistrées pendant les mois de mars-avril et mai, les températures maximales moyennes sont de l'ordre de 45°C.

- Une courte saison des pluies de juin à septembre, caractérisée par un vent humide et régulier de secteur Sud-Ouest, à Sud-Sud-Ouest. La pluviométrie de Niamey est faible, la ville, recevant en moyenne 592 mm de pluie par an selon des régimes parfois violents provoquant des inondations et une forte érosion. La sécheresse du climat est renforcée par un important phénomène d'évapotranspiration annuel qui atteint près de 2 800 mm.

1.5. Relief et sols

L'arrondissement communal Niamey 1 est principalement situé sur le plateau qui borde la rive gauche du fleuve Niger. Il est traversé par plusieurs koris (Dar Es Salam, Goudel Gorou, Soudouré, etc.) qui peuvent avoir des écoulements saisonniers en cas de fortes précipitations. On peut y distinguer trois types de sols suivant leur aptitude à infiltrer les eaux de pluie

1.6. Hydrographie

Le Fleuve Niger représente la principale ressource en eaux de surface disponible et constitue le mode d'approvisionnement essentiel pour les usages domestiques et agricoles de la ville de Niamey.

Les eaux souterraines sont localisées dans deux ensembles distincts :

- Les nappes phréatiques des roches sédimentaires.
- Les nappes profondes dans les formations imperméables du socle. Elles ont une profondeur moyenne de 65 mètres et un débit de 4,6 m³/heure.

1.7. Végétation

La végétation de la commune est essentiellement composée de plantations artificielles (plantations d'ombrage et vergers). Il existe quelques maigres populations de végétation naturelle de combrétacées et de Guiera Spp, en sursis des défrichements notamment avec l'extension des différentes opérations de lotissement (public et privé). Il existe également quelques vestiges de la ceinture verte.

1.8. Education

La population scolarisable est estimée à 55 370 (26,44%) pour l'éducation de base et 44 614 (21,30%) pour les secondaires 1 et 2. En 2011, la commune compte 75 établissements préscolaires dont 31 publics, 41 privés et 3 communautaires, avec un effectif global de 6 672 élèves (3 352 filles et 3 320 garçons).

Au niveau de l'enseignement primaire, 730 enseignants encadrent 26 168 élèves (public et privé) dont 13 398 filles soit 51,2%.

Au secondaire, la commune compte 7 établissements publics et 17 privés pour une population de 10 275 élèves.

L'ensemble des établissements scolaires de la commune cumulent 43 115 élèves, soit 43% de la population scolarisable. Cependant, il faut noter que les élèves fréquentent les établissements indistinctement des limites communales.

1.9. Santé

En 2001, l'arrondissement communal compte 18 centres de santé intégrés, 5 maternités, 2 cases de santé, 16 cliniques, 44 salles de soins et 35 pharmacies. Elle abrite également l'hôpital national de Niamey qui constitue un établissement de référence pour tout le pays. Tout comme dans le cas de l'éducation, la fréquentation des formations sanitaires n'est pas cloisonnée entre les communes, chaque patient se rend dans l'établissement de son choix. Il est donc arbitraire de procéder à une analyse de manière désagrégée pour la ville de Niamey. Certaines populations des départements limitrophes fréquentent aussi ces formations sanitaires.

1.10. Principales activités économiques

La population exerce essentiellement des activités de service, du commerce et des petits métiers.

L'agriculture est principalement irriguée (production maraîchères). L'élevage concerne l'embouche et la production laitière avec des troupeaux très restreints.

1.11. Organisation politico Administrative

L'arrondissement communal Niamey 1 est composé de vingt-quatre (24) villages administratifs et quartiers :

Villages administratifs : Goudel, Yantala, Lossagoungou, Kosseye, Gabagoura, Tondibiya, Soudouré, Tondikoirey et Gorou Banda.

Quartiers : Bobiel, Koira Kano 1, Koira Kano 2, Koira Kano Nord, Koubia, Yantala plateau, Yantala recasement, Yantala Riyad, Yantala Bas, Yantala Haut, Foulan koira.

Démembrements des villages/quartiers : Goudel Gorou, cité francophonie, Bobiel 1, Bobiel 2.

2. METHODOLOGIE

2.1 Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale sur la problématique de la prise en charge des prestations des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey.

L'étude s'est déroulée du 9 juin 2000 au 15 mai 2001 soit une période de 12 mois.

La population d'étude est représentée par l'ensemble des fonctionnaires de l'ensemble des ministères se trouvant à Niamey.

2.2 Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble des fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey pendant la période de l'enquête.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

2.3.1 Critères d'inclusion

Etaient inclus dans notre étude tous les fonctionnaires des deux sexes résidant pendant au moins 6 mois dans la communauté urbaine de Niamey et ayant accepté de répondre à notre questionnaire.

2.3.2 Les critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les fonctionnaires dont les questionnaires sont incomplètement renseignés.

2.4 Echantillon

Notre échantillon est constitué de 653 fonctionnaires

2.5 Outils et technique de collecte de données

2.5.1 Outils de collecte des données

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire adressé du registre à l'ensemble des fonctionnaires répondant aux critères d'inclusion et présents au moment de l'enquête.

2.5.2 technique de collecte des données

Nous avons utilisé une interview pour collecter les données auprès de notre échantillon

2.6 Traitement et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués sur le logiciel Epi info 6 et la saisie des textes et des tableaux ont été effectués sur Word et Excel dans leur version 2007.

2.7 Difficultés rencontrées

les questionnaires ont été distribués en grand nombre aussi bien dans les différents ministères mais bon nombre n'ont pas été remis malgré nos multiples requêtes. Aussi après notre analyse des réponses nous nous sommes rendu compte que certaines réponses sont erronées, ce qui nous a contraints à rejeter beaucoup de questionnaires

Dans notre recherche bibliographique nous nous sommes confrontés à quelques difficultés car nous n'avons trouvé aucun document ou une étude complète sur ce sujet.

V. PRESENTATION DES RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1 Sexe

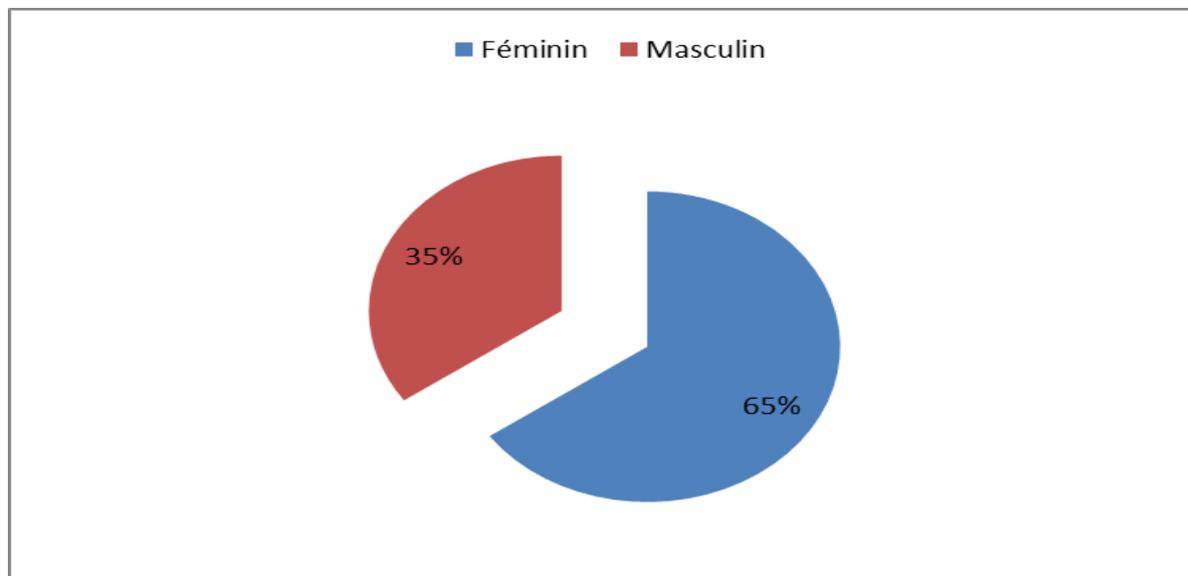


Figure 1: Répartition des enquêtés selon le sexe

Il ressort que le sexe féminin est le plus représenté avec 65,24%. Le sex ratio est de 1,87 en faveur du sexe féminin

1.2 Age

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge

Tranche d'âge (années)	Fréquence	Pourcentage
19-29	185	28,33
30-40	262	40,12
41-50	119	18,23
sup à 50	87	13,32
Total	653	100,00

L'âge des fonctionnaires varie de 19 à 61ans avec une moyenne de 31,6ans

Ce tableau montre que la tranche d'âge de 30-40ans est majoritaire avec 40,12%.

1.3 Statu matrimonial

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon le statu matrimonial

Statu matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié	382	58,50
Divorcé	67	10,26
Célibataire	117	17,92
Veuf (ve) s	87	13,32
Total	653	100,00

On note que plus de la moitié des enquêtés sont mariés

1.4 Régime matrimonial

Tableau V : Répartition des enquêtés selon le régime matrimonial

Régime matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Monogamie	449	68,76
Polygamie	204	31,24

Il ressort de ce tableau que 68,76% des enquêtés vivent dans un régime familial monogame

1.5 Nombre d'enfants

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage
Sans enfant	81	12,40
2	58	8,88
3	97	14,85
4	89	13,63
5	76	11,64
6	91	13,94
7	48	7,36
8	10	1,53
>=8	103	15,77
Total	653	100,00

Ce tableau fait ressortir que 15,77% des enquêtés sont plus de 8 enfants et 12,40% sont sans enfants

1.6 Ministère de provenance

Tableau VII : Répartition des fonctionnaires selon le ministère de provenance

Ministères	Fréquence	Pourcentage
Ministère de la Santé Publique	62	9,49
Ministère de l'agriculture et de l'Elevage	72	11,03
Ministère de la communication	37	5,67
Ministère de l'intérieur,	41	6,28
Ministère de la défense nationale	21	3,22
Ministère de l'environnement	33	5,05
Ministère des transports	51	7,81
Ministère des Finances	66	10,11
Ministère du tourisme et artisanat	20	3,06
Ministère de l'hydraulique et de l'environnement	23	3,52
Ministère de l'éducation	51	7,81
Ministère des enseignements secondaires	17	2,60
Ministère de la formation professionnelle et technique	19	2,91
Ministère de la population	9	1,38
Ministère de la promotion de la femme et protection de l'enfant	33	5,05
Ministère de la jeunesse et des sports	11	1,68
Ministère de l'action humanitaire et de gestion des catastrophes	34	5,21
Ministère de la jeunesse, des sport et de la culturelle	18	2,76
Ministère des affaires étrangères, de la coopération	9	1,38
Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation	21	3,22
Ministère du développement communautaire et l'aménagement du territoire	5	0,77
Total	653	100,00

La plupart des enquêtés proviennent du ministère de l'agriculture et l'élevage (11,03%)

1.7 Type d'habitat

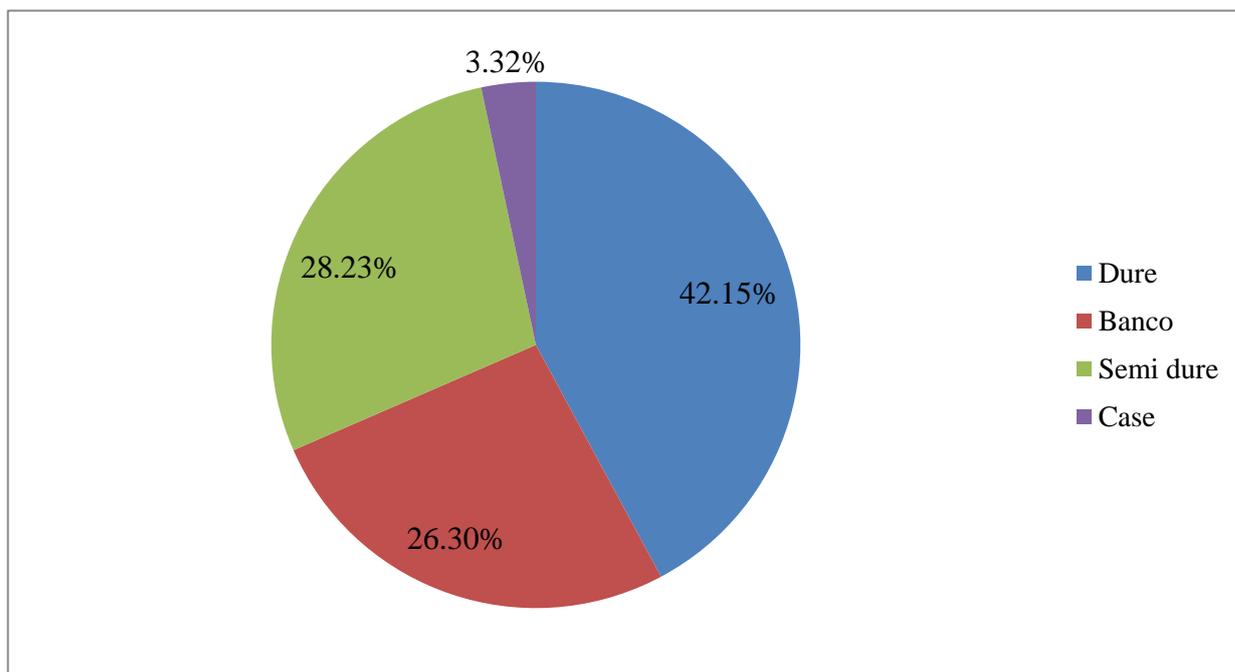


Figure 2: Répartition des enquêtés selon le type d'habitat

On note que 42,15% des enquêtés vivent dans des maisons en dure

1.8 Possession de la maison

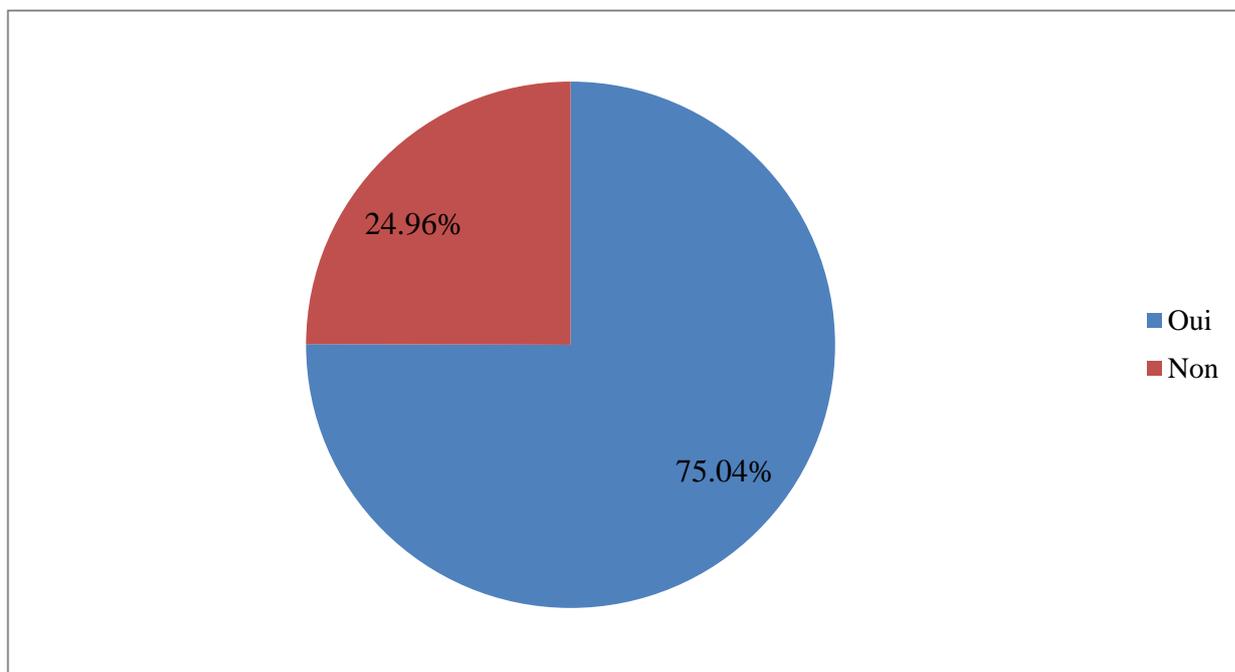


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la possession de la maison

Cette figure montre que 75,04% des enquêtés ne sont pas propriétaires de leur maison

1.9 Catégorie professionnelle

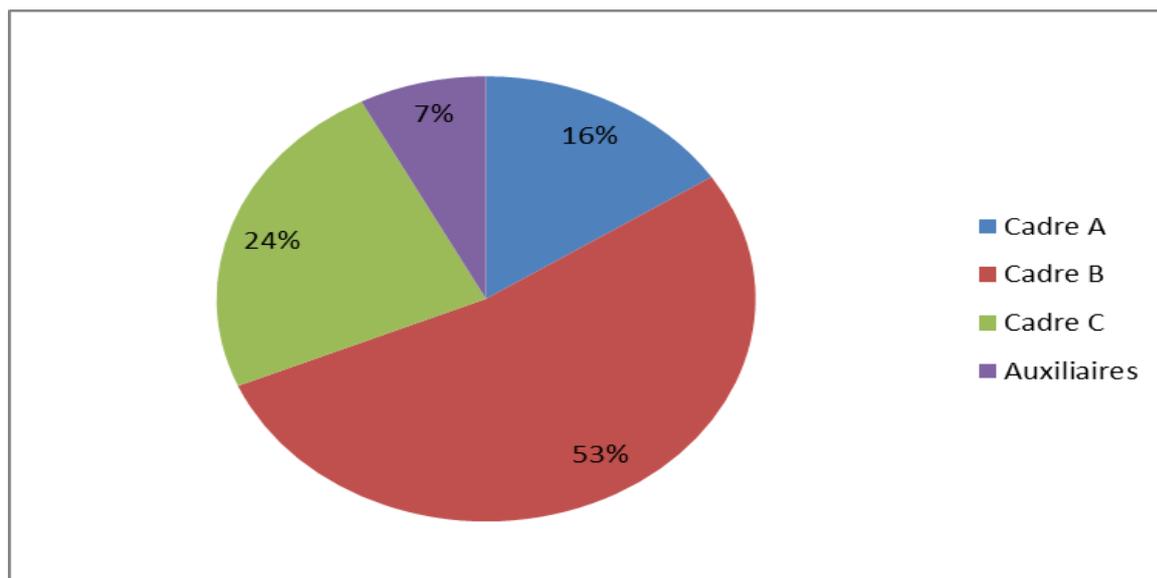


Figure 4 : Répartition des enquêtés selon la catégorie professionnelle

Il ressort de ce tableau que plus de la moitié des enquêtés sont de la catégorie B

1.10 Ancienneté dans la fonction Publique

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon l'ancienneté dans la fonction Publique

Ancienneté dans la fonction Publique	Fréquence	Pourcentage
Moins de 5ans	88	13,48
5-15 ans	362	55,44
16-20ans	58	8,88
Sup à 20ans	145	22,20
Total	653	100,00

On note que 55,44% ont entre 5 et 15ans d'ancienneté dans la fonction publique

1.11 Revenu mensuel

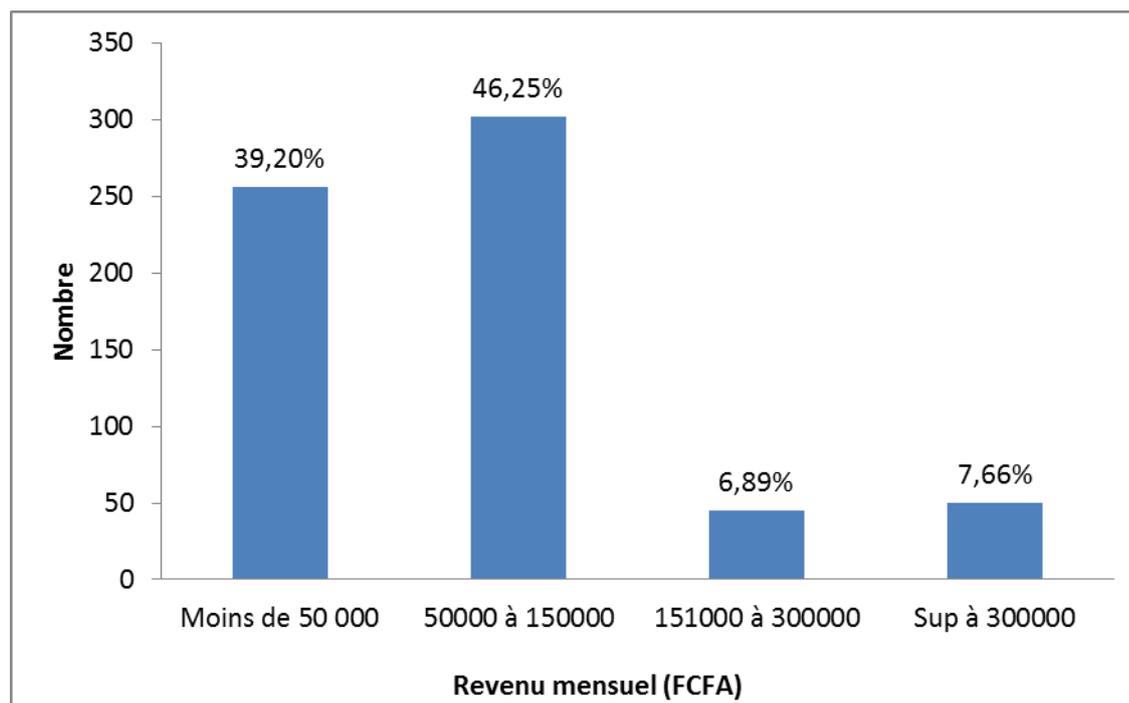


Figure 5 : Répartition des enquêtés selon leur revenu mensuel

La majorité des enquêtés (46,25%) ont un revenu mensuel entre 50000 et 150000FCFA et 7,66% ont plus de 300000 FCFA de salaire

1.12 Source de revenu pour faire face aux dépenses de santé

Tableau IX : Répartition des enquêtés selon leur Source de revenu pour faire face au dépense de santé

Source de revenu pour faire face aux dépenses de santé	Fréquence	Pourcentage
Salaire	456	69,83
Tontine	102	15,62
Dette	45	6,89
Autre	50	7,66
Total	653	100,00

Ce tableau montre que 69,83% des enquêtés ont cité le salaire comme source de revenu pour faire face aux dépenses de santé

1.13 Connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat

Tableau X : Répartition des enquêtés selon leur connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat

Connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat	Fréquence	Pourcentage
Oui	640	98,01
Non	13	1,99
Total	653	100,00

On note 98,01% des enquêtés ont une connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat

1.14 Connaissance de l'existence maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé

Tableau XI : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé

Existence de maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé	Fréquence	Pourcentage
Oui	651	99,69
Non	2	0,31
Total	653	100,00

On note dans ce tableau que 99,69% des enquêtés connaissent qu'il existe des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé

1.15 Connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé citées

Tableau XII : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé citées

Maladies	Fréquence	Pourcentage
Paludisme	331	50,69
Toux	57	8,73
Diarrhée	96	14,70
HTA	16	2,45
Diabète	81	12,40
Drépanocytose	72	11,03
Total	653	100,00

Ce tableau montre que le Paludisme est la maladie qui entraîne des dépenses en santé la plus citée dans 50,69%

1.16 Connaissance d'une agence d'assurance maladie

Tableau XIII : Répartition des enquêtés selon la connaissance d'une agence d'assurance maladie

Connaissance d'une agence d'assurance maladie	Fréquence	Pourcentage
Oui	531	81,32
Non	122	18,68
Total	653	100,00

Dans 81,32% les enquêtés connaissent une agence d'assurance maladie

1.17 Souscription à une agence d'assurance maladie

Tableau XIV : Répartition des enquêtés selon la souscription à une agence d'assurance maladie

Souscription à une agence d'assurance maladie	Fréquence	Pourcentage
Oui	531	18,68
Non	122	81,32
Total	653	100,00

Il ressort que 81,32% des enquêtés n'adhèrent pas à une agence d'assurance maladie

VI. DISCUSIONS ET COMMENTAIRE

Selon l’OMS la santé est un état de complet bien-être physique mentale et sociale et ne consiste pas seulement à une absence de maladie ou d’infirmité » [9].

Nous avons mené une étude sur la prise en charge des prestations de soins des fonctionnaires dans les ministères de la communauté urbaine de Niamey. Notre échantillon a porté sur 653 fonctionnaires ayant accepté de répondre à notre questionnaire. Dans notre étude le sexe représente 65% contre 35% pour le sexe féminin. Nos résultats sont similaires à ceux de **Issaka A** au Niger et **Doumbia Sékou** au mali qui ont trouvé respectivement 68% 64% pour le sexe féminin contre 32% et 36% pour le sexe masculin [10] [11]. Ceci pourrait s’expliquer par le faite que l’effectif féminin est de plus en plus croissant dans la fonction publique nigérienne d’une part et d’autre part par le fait que les candidatures féminines sont encouragées lors des recrutements dans certains ministères.

Pour ce qui est de l’âge, la tranche de 30-40 ans est la plus représentée avec 40,12% suivie de celle de 19-20 ans avec 28,33%. Une étude sur les ménages réalisés au Niger a trouvé des résultats similaires avec respectivement 39% et 26,8% [12]. Quant à **Mekenzi T** et coll au kenya dans une étude sur les agents travailleurs dans le secteur public, ils ont trouvé que l’âge de plus de 50 ans est la plus prédominante avec 45,1% [13].

La catégorie professionnelle cadre B est la plus représentée dans notre étude suivie de la catégorie cadre B avec respectivement 53% et 16%. Nous pouvons penser que ceci pourrait s’explique par la situation économique du pays. En effet compte tenue de la charge budgétaire les cadres A sont moins recruter dans la fonction publique. Cette situation se retrouve dans beaucoup de pays en développement du faite des restrictions et des ajustements budgétaires.

Dans notre série seulement 22,20% des enquêtés ont plus de 20 ans d’ancienneté au travail, ce qui veut dire que les 81,8% ont moins de 20ans de service. Ceci témoigne du jeune âge au travail des fonctionnaires au Niger. En effet très le taux de demandes de disponibilité est faire au Niger

Il est ressorti de l’étude que la majorité des enquêtés (46,25%) ont un revenu mensuel entre 50000 et 150000FCFA et 7,66% seulement ont plus de 300000 FCFA de salaire. Nos résultats sont similaires à ceux de **Issaka A** au Niger et **Doumbia Sékou** au mali qui ont trouvé respectivement 54% et 43,6% contre 9% et 11,2% [10] [11]. Quant à une étude sur les ménages au Niger les résultats ont été de 51,7% et 8,8% similaire aussi à notre

étude [5] [7]. Cet état de fait peut s'expliquer par le fait que le salaire indiciaire est faible au Niger. En effet le pays a subi une série de crises économiques faisant suite à des ajustements structurels et aboutissant à la réduction des salaires et à la révision de certains avantages alloués aux des fonctionnaires de l'Etat.

Dans notre étude 69,83% des enquêtés ont comme source de revenu pour faire face aux dépenses de santé tandis que 15,62 ont comme source la tontine. Cette situation pourrait être expliquée par le niveau socioéconomique bas de notre pays ou la majorité des agents de l'état n'ont que le salaire comme source de revenu. Aussi dans le règlement de la fonction publique il est interdit qu'un agent de l'état se donne à des activités de commerce.

Notre série a fait ressortir que 98,01% des enquêtés ont une connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat et 1,99% n'en connaissent pas. Ces résultats démontrent que jusqu'à présent certains agents de la fonction publique nigérienne ne maîtrisent pas certains textes.

Dans notre étude on note que 99,69% des enquêtés connaissent l'existence maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé et 50,69% ont cité le paludisme comme maladie courante qui entraîne des dépenses en santé. Ceci pourrait être expliqué par les différentes sensibilisations faites sur les media et aussi l'esprit de recherche d'informations pour besoin de culture personnelle. En plus étant dans un pays endémique au paludisme, cette maladie constitue la première cause de consultation dans les services de santé [14].

Les enquêtés affirmant connaître l'existence d'une agence d'assurance maladie représentent 81,32% contre 18,68%. Nos résultats sont en supérieurs de ceux de **Nicolas B. et coll.** qui ont dans une étude sur l'accessibilité des agents de la fonction publique dans une province de au Burkina Faso ont trouvé respectivement 53,7% et 46,3% [15]. La connaissance d'une agence d'assurance maladie peut améliorer la qualité de la prise en charge des agents de l'Etat.

Dans notre série 18,68% seulement des enquêtés sont souscrits à une agence d'assurance maladie. Notre résultat est en deçà à celui de **Nicolas B. coll.** qui ont trouvé que 68% des agents sont souscrits a une agence d'assurance maladie [15].

VII. CONCLUSION

Notre étude sur la Prise en charge des prestations soins des fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey nous a permis de constater que beaucoup reste à faire dans ce domaine. La santé des fonctionnaires doit être préservé et protéger en vue d'assurer le bon déroulement des activités administratives publiques. En effet l'étude a fait ressortir que seulement 7,66% des fonctionnaires enquêtés ont plus de 300000 FCFA des revenu mensuel alors que 69,83% n'ont que le salaire comme source de revenu pour faire face aux dépenses de santé. Un infime frange des fonctionnaires (1,99%) ne connaissent pas jusqu'à présent que l'agent sont pris en charge par l'Etat et 18,68% ne connaissent pas l'existence d'une agence d'assurance maladie.

VIII. RECOMENDATIONS

A l'endroit des autorités politiques :

- Revoir la cote salariale des agents de la fonction publique nigérienne ;
- Renforcer la sensibilisation des agents de la fonction Publique sur la prise en charge par l'Etat des dépenses de santé des agents ;
- Inclure dans le traitement salarial des agents de la fonction Publique une indemnité santé.

A l'endroit de Ministère de la Santé Publique

- Réfléchir sur une éventuelle disposition particularisant les fonctionnaires dans leur prise en charge de santé ;
- Créer des infirmeries et les équiper en personnel et matériels de prise en charge au sein de chaque ministère

A l'endroit des fonctionnaires

- Créer une mutuelle de santé au sein de chaque ministère afin d'aider les plus démunis ;
- S'informer davantage sur les maladies qui peuvent entraîner des dépenses énormes au sein des familles afin de les éviter

RESUME

Le fonctionnaire constitue un maillon clé pour l'économie et le développement d'un pays ; par conséquent leur condition sanitaire doit être améliorée. L'objectif de notre étude est de contribuer à l'amélioration des prestations soins des fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey

Il s'agit d'une étude transversale sur la problématique de la prise en charge des prestations des soins de fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey.

L'étude s'est déroulée du 9 juin 2000 au 15 mai 2001 soit une période de 12 mois.

Notre population d'étude est constituée de l'ensemble des fonctionnaires de la communauté urbaine de Niamey pendant la période de l'enquête. Etaient inclus dans notre étude tous les fonctionnaires des deux sexes résidant pendant au moins 6 mois dans la communauté urbaine de Niamey et ayant accepté de répondre à notre questionnaire. Notre échantillon est constitué de 653 fonctionnaires

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire adressé du registre à l'ensemble des fonctionnaires répondant aux critères d'inclusion et présents au moment de l'enquête.

Il ressort que le sexe féminin est le plus représenté avec 65,24%. L'âge des fonctionnaires varie de 19 à 61ans avec une moyenne de 31,6ans. On note que 15,77% des enquêtés sont plus de 8 enfants et 12,40% sont sans enfant La plupart des enquêtés proviennent du ministère de l'agriculture et l'élevage (11,03%). Il ressort de que plus de la moitié des enquêtés sont de la catégorie B. On note que 55,44% ont entre 5 et 15ans d'ancienneté dans la fonction publique. La majorité des enquêtés (46,25%) ont un revenu mensuel entre 50000 et 150000FCFA et 7,66% ont plus de 300000 FCFA de salaire. 69,83% des enquêtés ont cité le salaire comme source de revenu pour faire face aux dépenses de santé. Dans 81,32% les enquêtés connaissent une agence d'assurance maladie et 81,32% des enquêtés n'adhèrent pas à une agence d'assurance maladie

Mots clés : fonctionnaires, prise en charge, soin, Niamey

SUMMARY

Title : Contribution to the study of the problem of the care of the care benefits of the civil servants of the urban community of Niamey (Analytical test carried out from 653 observations within the 21 Ministries)

The official is a key link for the economy and development of a country; Therefore their health status needs to be improved. The objective of our study is to contribute to the improvement of the care benefits of the civil servants of the urban community of Niamey. This is a cross-sectional study on the issue of taking charge of the care benefits of civil servants in the urban community of Niamey. The study took place from June 9, 2000 to May 15, 2001, a period of 12 months.

Our study population is made up of all the officials of the urban community of Niamey during the period of the survey. Included in our study were all civil servants of both sexes residing for at least 6 months in the urban community of Niamey and having agreed to answer our questionnaire. Our sample consists of 653 civil servants. The data were collected using a questionnaire sent from the Registry to all officials who met the inclusion criteria and present at the time of the survey. It appears that the female sex is the most represented with 65,24%. The age of civil servants varies from 19 to 61 years with an average of 31.6 years. It is noted that 15.77% of the respondents are more than 8 children and 12.40% are childless. Most of the respondents come from the Ministry of Agriculture and Livestock (11.03%). It is clear that more than half of the respondents are in category B. 55.44% have between 5 and 15 years of seniority in the civil service. The majority of the respondents (46.25%) have a monthly income between 50000 and 150000FCFA and 7.66% have more than 300000 FCFA of salary. 69.83% of respondents cited salary as a source of income to meet healthcare costs. In 81.32% respondents know a health insurance agency and 81.32% of the respondents do not adhere to a health insurance agency.

Keywords: civil servants, care, Niamey

BIBLIOGRAPHIE

- 1. MSP/LCE**, Plan du développement sanitaire 2000-2005
- 2. MSP/LCE**, Rapport d'enquête sur la prévalence de la malnutrition au Niger, 2000
- 3. MSP/LCE**, Analyse de l'évolution des indicateurs des OMD, Niger
- 4. DIRECTION DE LA NUTRITION**, Rapport enquête nutrition et survie, 1999
- 5. EDS 2000**
- 6. Système National d'Information Sanitaire.**
- 7. INS**, Résultats provisoires de l'enquête de prévalence contraceptive 2001
- 8. Rapport banque Mondial**
- 9. OMS**, Rapport conférence ALMA ATA
- 10. ISSAKA ADAM**, Accessibilité des soins dans une zone semi urbaine au Niger, mémoire de fin d'étude Ecole nationale de santé Publique, 1998, 68 Pages
- 11. DOUMBIA SEKOU**, Système d'information de lutte contre le paludisme au Mali
Thèse Médecine, Université de la Méditerranée-Marseille. Master expertise ingénierie système d'info santé 1998
- 13. MEKENZI TIBAU et coll.**, Evaluation du circuit des prise en charge des soins des hypertendus à Nairobi, thèse de doctorat, Institut des santé, 1997, 86pages
- 14. CONFERENCE RESERVEE AUX PROFESSIONNELS**, Education, Environnement et Santé, institut Pasteur Euro-conférences - C.I.S. - 28 rue du Docteur Roux - 75015 Paris, France
- 15. NICOLAS B. LASSINA S. MARC C. TA. , CHEIK AMADOU T.O. et ALFRED**

ANNEXES

Questionnaire adressé aux fonctionnaires

Age.....

Sexe.....

Ministère de tutelle.....

Catégorie Professionnelle

Cadre A

Cadre B.....

Cadre C.....

Auxiliaires.....

Statu matrimonial

Marié

Divorcé

Veuf (ve) s

Célibataire

Nombre d'enfant.....

Quel est le type d'habitat dans lequel vous habitez ?

Dure

Banco.....

Semi dure

Case.....

Etes-vous propriétaire de la maison dans laquelle vous habitez ?

Oui..... Non

Depuis quand êtes-vous dans la fonction Publique ?.....

Quel est votre revenu mensuel (en FCFA) ?.....

Quelle est votre source de revenu pour faire face aux dépenses de santé ?.....

Avez-vous connaissance de la prise en charge médicale des agents par l'Etat ? Oui..... Non.....

Connaissez-vous les maladies les plus courantes qui entraînent des dépenses en santé Oui..... Non.....

Si oui citez-les

Connaissez agence d'assurance maladie ? Oui Non.....

Si oui Este vous souscrit ?.....

SERMENT D' HYPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maitres, je tiendrais leurs enfants et ceux de mes confrères comme des frères et s'ils devraient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les enseignerai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de ma vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes.

Si je le viol et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

JE LE JURE !!!!!!!