

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE**

---



***CADRE DES DEPENSES SECTORIELLES A  
MOYEN TERME DU SECTEUR DE LA SANTE  
CDS/MT 2009-2011***

---

Juillet 2008

## TABLE DES MATIERES

Message du Ministre.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Résumé Exécutif.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
I Introduction.....	1
II Mission du Ministère de la Santé Publique .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
III Diagnostic du Secteur et résultats atteints .....	2
III-1 Analyse de la situation sanitaire .....	2
III-2 Le financement public du secteur de la santé.....	1
IV Objectifs et Indicateurs du Plan de Développement Sanitaire 2005-2010.....	1
IV-1 Objectif Général du PDS.....	1
IV-2 Objectifs spécifiques.....	1
IV-3 Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du PDS .....	1
V Les programmes et stratégies du PDS.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
V-1 Augmentation de l'accessibilité des populations aux services et soins de santé de qualité :	
<b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
V-2 Renforcement des activités de santé de la Reproduction .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
V-3 Renforcement du processus de décentralisation dans le secteur de la santé	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>non défini.</b>	
V-4 Accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé .	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>non défini.</b>	
V-5 Le renforcement des capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP	
<b>Erreur ! Signet non défini.</b>	
V-6 La gestion stratégique des ressources humaines.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
V-7 La gestion des ressources matérielles.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
V-8 La disponibilité des médicaments et consommables,.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VI Le cadrage macroéconomique 2008-2010.....	2
VI-1 Le Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme:.....	3
VI-1-1 Cadre général:.....	4
VI-1-2 Démarche CDS/MT: .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
VI-1-3 Cadre budgétaire:.....	4
VI-2 Les différents scénarii de financement .....	8
VI-2-2 Scénario de référence.....	10
VI-2-3 Scénario de forte croissance.....	11

VII Mécanismes de mise en œuvre et de suivi évaluation.....	14
CONCLUSION.....	14
ANNEXES.....	15

## I Introduction

Le gouvernement du Niger fait de la lutte contre la pauvreté son programme prioritaire en élaborant et en adoptant en 2002 une Stratégie de Réduction de la Pauvreté (SRP) et cela conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). La première génération 2002-2004 de cette Stratégie vient d'être évaluée. Les résultats montrent une certaine stabilité macroéconomique suivie d'une sensible amélioration des conditions d'accès aux services sociaux de base même si la pauvreté monétaire des ménages persiste. L'accessibilité physique aux services sociaux de base a augmenté : la proportion de la population ayant accès à l'eau potable est passé de 22,3% en 1990 à 65% en 2005, le taux brut de scolarisation de 27,6% en 1990 à 52,4% en 2005 et la couverture sanitaire de 32% en 1990 à 65% en 2005.

## **II Diagnostic du Secteur et résultats atteints**

### ***II-1 Analyse de la situation sanitaire***

Sur le plan sanitaire, la situation a été marquée par plusieurs évolutions depuis les indépendances. Les changements les plus importants sont intervenus avec l'avènement des soins de santé primaires et l'élaboration du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 1994-2000, de la Déclaration de Politique Sectorielle de santé adoptée en 1995 et de la politique pharmaceutique nationale. Ces actions ont certes amélioré les conditions sanitaires des populations notamment l'accès de celles-ci aux services de santé et aux médicaments essentiels à travers la mise en place des Districts Sanitaires et le renforcement de la couverture sanitaire. Les réformes ont également abouti à la mise en place d'un cadre de partenariat entre l'Etat, les collectivités, les communautés, les Partenaires Techniques et Financiers, les ONG, les associations et les privés nationaux dans le but d'une mobilisation conséquente de ressources pour le secteur. Dans cette même période le secteur privé de la santé qui connaît un développement conséquent aujourd'hui, a été promu. A cela s'ajoute aussi le renforcement des programmes verticaux de santé (paludisme, tuberculose, lèpre nutrition, santé de la reproduction, la lutte contre le VIH) et de la qualité des soins.

Les réformes entreprises au début des années 90 à travers le PDS 1994-2000 et celles mises en œuvre à partir de 2005 dans le cadre du PDS 2005-2010 ont permis d'enregistrer les résultats globaux ci-après:

- Le taux de couverture en structure SONUC a augmenté de 18 à 43% et celui de la couverture en structure SONUB est passé 43 à 45%. Mais ces taux sont inférieurs au taux attendus en 2007;
- Le nombre de formations sanitaire pratiquant les activités foraines est passé de 68 à 74% ;
- Le taux d'utilisation des soins curatifs est passé de 18% en 2006 à 30% en 2007 ;
- Le taux de couverture CPN est passé de 36 à 86% ;
- Le taux de Prévalence contraceptive est passé de 5 à 8,3% ;
- Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 14 à 19% ;
- La prévalence du VIH/Sida de 0,87% à 0,7% ;
- La mortalité infanto juvénile est passée de 274‰ en 2000 à 198‰ en 2006 ;
- La mortalité maternelle de 7‰ à 6,48‰.

## **II-2 Le financement public du secteur de la santé**

Les réformes entreprises ont également concerné le financement du secteur. La stratégie mise en place est le partenariat entre l'Etat, les populations, les particuliers et les partenaires au développement afin d'accroître les ressources consacrés au secteur et assurer la pérennité des actions. Pour compléter les efforts de l'Etat et des autres intervenants au financement, le principe de la participation financière et physique des populations à travers la politique de recouvrement partiel des coûts des soins de santé a été adoptée par la loi 95-014 du 03 juillet 1995.

Il faut cependant retenir que malgré les réformes, la gestion financière des ressources reste centralisée et le processus de budgétisation nécessite des améliorations. L'ensemble de ces questions a été analysé à travers les revues des dépenses publiques (RDP) dont les principales conclusions sont les suivantes :

- **En Matière d'évolution du budget de la santé**

La part du budget de la santé dans celui de l'Etat a toujours évolué en dents de scie sans pourtant atteindre la barre de 10% recommandée par la commission économique de l'Organisation Mondiale de la Santé OMS. Cette part est de 8,8% en 2003, 5,9% en 2005 et 9,5% en 2007.

- **En Matière D'exécution du budget de la santé**

Selon la Revue des Dépenses Publiques 2006, l'exécution des crédits alloués au secteur met en évidence une amélioration significative de la situation par rapport aux années antérieures. On note une hausse du taux d'exécution du budget dans son ensemble (85,04% en 2006 contre 76,65% en 2005). Ce qui explique qu'un effort est entrain d'être fait en matière de libération des crédits et d'allègement du circuit de la dépense publique, effort qui doit être poursuivi afin d'aboutir à une consommation effective des allocations budgétaires, indicateur pertinent d'une meilleure gestion financière et condition nécessaire à la mise en œuvre des différents programmes de développement sanitaire.

## **IV Objectifs et Indicateurs du secteur**

Pour consolider les acquis et poursuivre les réformes engagées dans la mise en œuvre de la SRP, le MSP a adopté en février 2005 un Plan de Développement sanitaire (PDS) 2005-2010 dont la stratégie prioritaire est le renforcement des activités de la santé de la reproduction.

### **IV-1 Objectif Général du PDS**

Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile en améliorant l'efficacité et la qualité du système de santé à partir des potentialités actuelles.

### **IV-2 Objectifs spécifiques**

- ☞ Augmenter l'accessibilité des populations à des services et soins de qualité ;
- ☞ Renforcer les activités de santé de reproduction ;
- ☞ Renforcer le processus de décentralisation dans le secteur de la santé ;
- ☞ Accroître la participation de la communauté aux politiques locales de santé ;
- ☞ Renforcer les capacités de gestion et les compétences institutionnelles du MSP ;
- ☞ Pallier l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- ☞ Accroître l'efficacité et l'efficacité de la gestion des infrastructures et des ressources matérielles mise à la disposition des services de santé ;
- ☞ Accroître la disponibilité de médicaments essentiels et consommables de qualité dans les formations sanitaires.

Ces huit objectifs ont été traduits en huit programmes dont découlent plusieurs résultats attendus qui, chaque année, sont déclinés en activités dans le cadre de l'élaboration des PAA. Le financement des PAA est assuré dans le cadre d'une approche programme et les budgets sont déterminés suivant un cadrage budgétaire qui tient compte d'une part, des possibilités de mobilisation de ressources par tous les partenaires du secteur de la santé y compris l'Etat, et d'autre part de la capacité de consommation des budgets par les structures d'exécution.

### **IV-3 Indicateurs de suivi de la mise en œuvre du PDS**

Pour suivre l'atteinte des résultats liés aux huit objectifs ou aux huit programmes du PDS, le Ministère de la Santé Publique a défini un certain nombre d'indicateurs dont l'évolution attendue d'ici à 2010 est reprise dans le tableau ci-dessous.

Il faut préciser que par rapport aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Niger a prévu de relever les défis suivants :

- Réduire la mortalité maternelle de 3/4, entre 1990 et 2015. Cela signifie que le taux de mortalité maternelle devait passer de 7‰ en 1990 à 1,75‰ en 2015.

- Réduire le taux de mortalité infanto juvénile de 2/3 en 2015. Ce qui signifie que ce taux devrait passer de 318‰ en 1990 à 106‰ en 2015
- Réduire le taux de mortalité des enfants de moins d'un an de 126‰ en 1990 à 42‰. en 2015.
- Réduire le nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale de 48% en 1990 à 24% en 2015.
- Augmenter le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé qualifié de 16% en 1990 à 50% en 2015.
- Renverser la tendance du VIH dans le pays et stopper la propagation de la maladie et maîtriser l'évolution des maladies tel que le paludisme et la tuberculose.
- Assurer à la majorité des populations une accessibilité suffisante et durable aux médicaments de qualité
- Assurer à la population un environnement assaini et l'accès de façon durable à l'approvisionnement en eau potable afin de maintenir l'état de santé des populations à niveau acceptable

## **V Le cadrage macroéconomique 2008-2010**

Les performances enregistrées par l'économie nigérienne en 2005 et 2006 sont relativement bonnes. La croissance économique s'est située à 7,2% en 2005 et 4,8% en 2006, soit environ 6% en moyenne au cours de la période 2005-2006. L'inflation est tombée de 7,8% en 2005 à 0,1% en 2006.

Plusieurs facteurs se sont conjugués pour favoriser l'émergence de cette embellie de la situation économique et financière. Il s'agit particulièrement :

- ✚ des effets de productions agricoles de 2005 et 2006 ;
- ✚ du raffermissement de la stabilité du cadre macroéconomique et ses effets positifs ;
- ✚ de la reprise de l'investissement public et privé ;
- ✚ de la rigueur de la demande des produits miniers ayant suscité une augmentation sensible de la production et des prix de l'uranium.
- ✚ des réformes économiques et financières engagées.

Le Produit Intérieur Brut aux prix du marché a enregistré une progression nominale de l'ordre de 5,4%, passant de 1755,2 milliards de FCFA en 2005 à 1850,1 milliards de FCFA en 2006. Cette progression importante du PIB a entraîné un relèvement du PIB par tête de l'ordre de 2% en 2006 à près de 10,1% en 2005. Le tableau ci-après compare les autres principaux agrégats des finances publiques inscrits dans le Tableau des Opérations Financières de l'Etat (TOFE) :

**Tableau N°6:** Evolution des principaux indicateurs du TOFE

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Base de calcul	Réalizations		Budget	Projections		
<b>PIB nominal</b>						
<b>Recettes totales</b>						
Recettes fiscales						
Recettes non fiscales						
<b>Dépenses totales</b>						
Dépenses courantes						
Dépenses en capital et prêts nets						
<b>Solde global (base Encais/décais)</b>						

**Source :** CCE/DGE/MEF

Pour l'année 2007, la gestion des finances publiques sera marquée par la poursuite et le renforcement des réformes visant son amélioration. Les recettes budgétaires et les dépenses totales seront respectivement de l'ordre de 236,32 et 477,5 milliards de FCFA et passeront, toutes choses égales par ailleurs, à 263,7 et 497,2 milliards de FCFA en 2008.

Le solde global (base caisse) se situerait à – 257,5 milliards de FCFA en 2007, soit 3,2% du PIB et sera financé par l'extérieur à hauteur de 250,1 milliards de FCFA et par un financement intérieur qui s'établirait à 7,4 milliards de FCFA.

#### **VI-1 Le Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme:**

Au Ministère de la Santé Publique, le processus de planification budgétaire (CDS/MT) a démarré depuis l'année 2003 et se poursuit actuellement en vue d'identifier le niveau et le type de dépenses que l'Etat Nigérien devrait effectuer dans le secteur de la santé au cours des prochaines années pour aboutir à une augmentation des performances des stratégies sectorielles en liaison avec les objectifs de la SDRP et du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010. Toutefois, étant donné l'intégration récente du budget – programme dans le cycle budgétaire et son rôle dans la conception du projet de budget classique avant les conférences et arbitrages budgétaires, sa performance se fera progressivement. Le présent CDS/MT de la santé est triennal et

s'étalera sur une période de trois (3) années allant de 2008 à 2010, horizon minimum pour appréhender les résultats en termes d'objectifs.

### **VI-1-1 Cadre général:**

La lutte contre la pauvreté constitue essentiellement l'impératif autour duquel doivent se mobiliser tous les nigériens pour asseoir un véritable développement à la base du pays, dans une perspective à moyen et long terme. Tout comme celle adoptée en janvier 2002, La Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté (SDRP 2008-2012), cadre de référence de la conduite du développement du pays, ne se substitue nullement aux programmes et aux stratégies sectorielles existants, mais conduit à leur réaménagement dans la logique des nouvelles priorités nationales, tout en leur garantissant une cohérence globale.

La mise en œuvre de la SDRP implique un changement de perspectives à moyen terme car les objectifs visés sont ambitieux (croissance plus forte, plus durable et réductrice de pauvreté, une approche participative, une gestion par résultats). Cela nécessite une augmentation des ressources et leur gestion rationnelle afin de garantir l'efficacité et l'efficience des dépenses publiques.

Au niveau sectoriel, cela suppose non seulement l'instauration et l'adoption d'un cadre de concertation pouvant susciter l'intérêt des partenaires au développement et par conséquent la mobilisation des ressources ; mais aussi l'existence d'instruments fiables de négociation dont entre autres le Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme (CDS/MT). Cet instrument de prévision des besoins établit clairement les liens entre les objectifs, les stratégies, les résultats attendus, programmes du secteur de la santé et les budgets.

### **VI-1-2 Cadre budgétaire:**

Avec l'esquisse des hypothèses retenues dans la note de cadrage macroéconomique de la loi des finances 2008 transmise par le Ministère de l'Economie et des Finances, on dispose d'un cadre budgétaire permettant de présenter le Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme de la santé sous forme de trois (3) scénarii qui suivent : un scénario de faible croissance, un scénario de référence, et un scénario de forte croissance. Chacun des scénarii étant lié à l'accroissement du PIB qui détermine le niveau d'enveloppe budgétaire allouée au secteur de la santé et repose essentiellement sur les financements intérieur et extérieur. Ces sources de financements dépendent non seulement de l'environnement économique international et régional mais aussi des engagements de l'Etat et de ses relations avec l'ensemble des Partenaires Techniques et Financiers intervenant dans le secteur de la santé.

## VI-1-3-1 Les besoins de financement du secteur

Ces besoins sont issus de la planification des services de santé en conformité avec les exigences des normes nationales et internationales. Basées sur les résultats d'une collecte de données, les prévisions budgétaires par programme contenues dans le tableau N°7 sont celles des Plans de Travail Quinquennaux des DSRP et CHR et des Plans de Développement Sanitaire des Districts (PTQ et PDS 2008-2012) qui sont les outils de mise en œuvre du PDS.

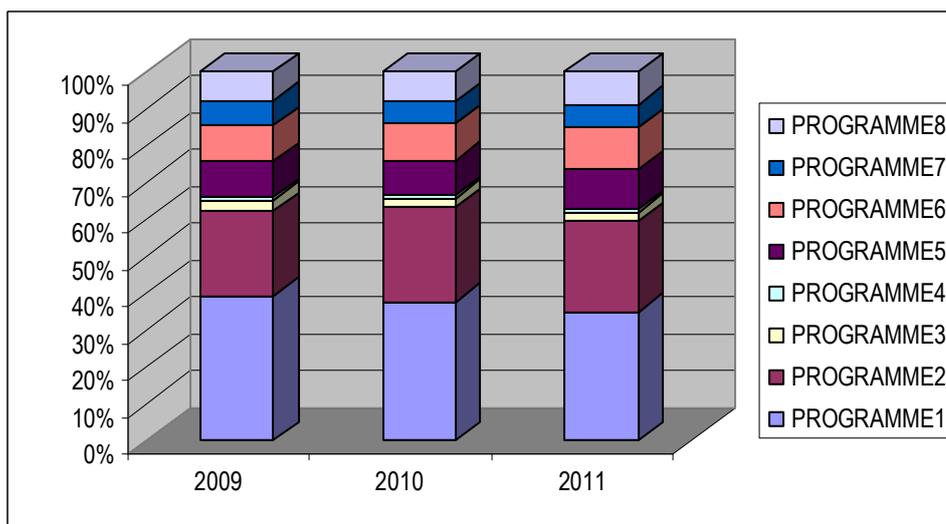
Ces besoins de financement pour la mise en œuvre optimale du PDS s'estiment à 126 486 175 451 FCFA en 2008 et à 117 331 764 477 FCFA en 2010. La baisse progressive des besoins de financement s'explique par le fait que le plan d'investissement présenté dans les PDS, PTQ met l'accent sur les premières années particulièrement 2008 et 2009 où il est prévu de transformer le maximum de cases de santé en CSI, de rendre fonctionnel l'ensemble des HD, de mettre en place des centres de consultations foraines et de commencer à résorber le déficit en ressources humaines.

**Tableau n°7 :** Répartition par programme des prévisions budgétaires pour la mise en œuvre du PDS (en milliers de CFA)

N°	PROGRAMME	2009	%	2010	%	2011	%	Total
1	Amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accessibilité financière à des services de santé et le renforcement de la lutte contre les maladies	46 662 246 686	42%	44 760 539 158	39%	37 866 783 740	38%	129 289 569 585
2	La santé de la reproduction	27 259 444 517	22%	30 624 689 722	23%	26 657 919 672	26%	84 542 053 912
3	Le renforcement de la décentralisation	3 599 819 425	2%	2 788 903 985	3%	2 603 050 630	2%	8 991 774 040
4	La participation communautaire	906 112 354	1%	1 016 278 241	1%	962 228 383	1%	2 884 618 978
5	Les capacités de gestion et les compétences institutionnelles	11 533 431 588	10%	11 295 049 696	10%	11 657 920 328	9%	34 486 401 612

6	La gestion stratégique des ressources humaines	11 710 811 038	9%	12 012 656 994	10%	12 465 455 421	10%	36 188 923 454
7	La gestion des ressources matérielles	7 807 325 999	7%	6 987 590 745	7%	6 689 449 502	6%	21 484 366 246
8	La disponibilité des médicaments et consommables	9 373 315 403	7%	9 561 552 531	8%	9 552 329 772	8%	28 487 197 706
<b>COUTS TOTAUX</b>		<b>118 852 507 010</b>	<b>100 %</b>	<b>119 047 261 073</b>	<b>100 %</b>	<b>108 455 137 447</b>	<b>100 %</b>	<b>346 354 905 532</b>

**Figure N°3:** Répartition par programme des prévisions budgétaires pour la mise en œuvre du PDS

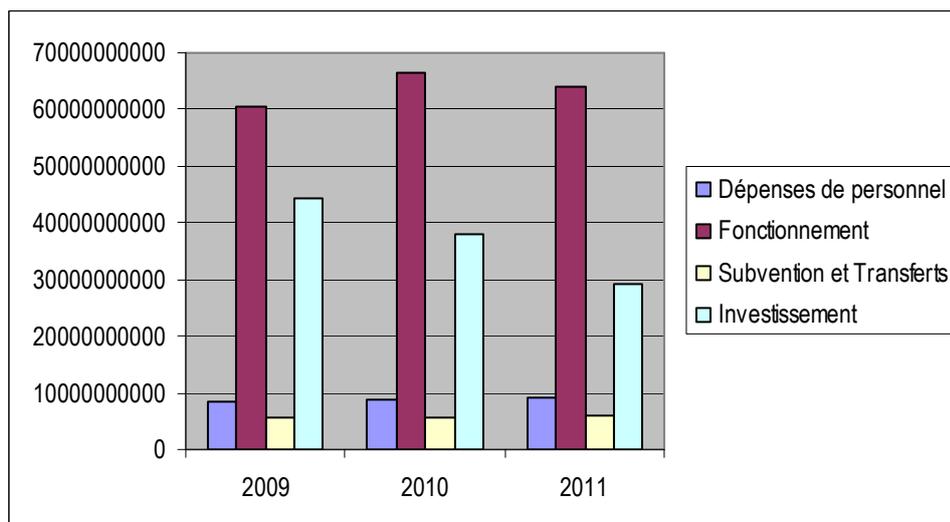


Selon la nomenclature budgétaire de l'Etat ces prévisions se répartissent dans les différentes catégories de dépenses, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°8 :** Répartition par titre des prévisions budgétaires pour la mise en œuvre du PDS (en milliers de CFA)

N°		2009	2010	2011	TOTAL
1	Dépenses de personnel	8399970010	8752768751	9120385038	26273123799
2	Fonctionnement	60666261438	66498171760	63970886595	191135319793
3	Subvention et Transferts	5563293888	5764328296	6006430085	17334052269
5	Investissement	44222981674	38031992266	29357435729	111612409670
<b>TOTAL</b>		<b>118852507010</b>	<b>119047261073</b>	<b>108455137447</b>	<b>346354905530</b>

**Figure N°4:** Répartition par titre des prévisions budgétaires pour la mise en œuvre du PDS



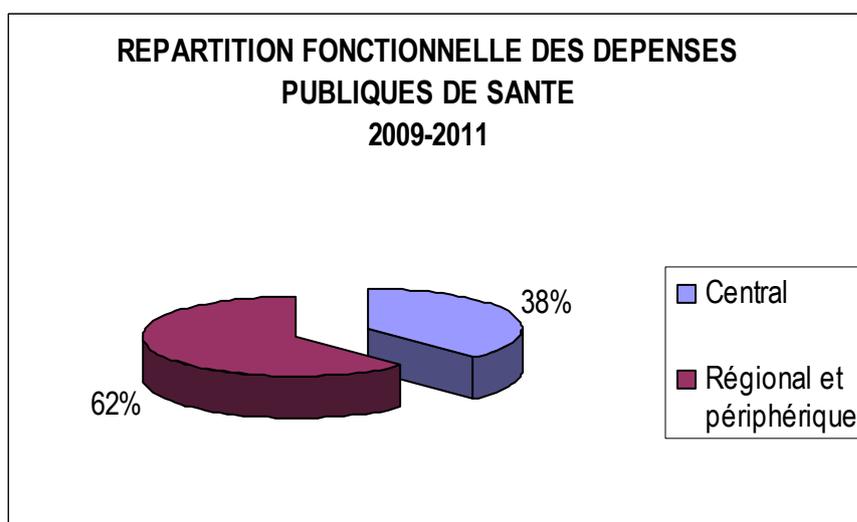
**Tableau n°9 :** Répartition des prévisions budgétaires par niveau de la pyramide sanitaire pour la mise en œuvre du PDS (en milliers de CFA)

Niveaux	2009	%	2010	%	2011	%	Total	%
<b>Central</b>	<b>42 767 853 481</b>	<b>35,98%</b>	<b>43 634 597 363</b>	<b>36,65%</b>	<b>45 467 250 452</b>	<b>41,92%</b>	<b>131 869 701 296</b>	<b>38%</b>
Personnel	8399970010		8 752 768 751		9 120 385 038		26 273 123 799	
Fonctionnement	19120719642		19 022 876 661		19 821 837 481		57 965 433 784	
Subvention	5563293888		5 764 328 296		6 006 430 085		17 334 052 269	
Investissement	9683869940		10 094 623 655		10 518 597 849		30 297 091 444	
<b>Régional et périphérique</b>	<b>76 084 653 529</b>	<b>64,02%</b>	<b>75 412 663 710</b>	<b>63,35%</b>	<b>62 987 886 995</b>	<b>58,08%</b>	<b>214 485 204 235</b>	<b>62%</b>
Personnel	0		0		0		0	
Fonctionnement	41 545 541 795		47 475 295 099		44 149 049 115		133 169 886 009	
Subvention	0		0		0		0	
Investissement	34 539 111		27 937		18 838		81 315	

	734	368 611	837 881	318 226
<b>Total</b>	<b>118 852 507 010</b>	<b>119 047 261 073</b>	<b>108 455 137 447</b>	<b>346 354 905 530</b>

Dans le tableau ci-dessus, il est à noter une baisse progressive des besoins de financement en investissement au niveau régional qui s'explique par le fait qu'un accent a été mis sur ce domaine les premières années du PDS. Malgré cette baisse, la part du budget allouée aux régions et districts connaîtrait une nette augmentation dans l'ensemble (64%) conformément aux réformes visant à décentraliser la gestion des ressources financières.

**Figure N°5:** Répartition des prévisions budgétaires par niveau pour la mise en œuvre du PDS



## VI-2 Les différents scénarii de financement

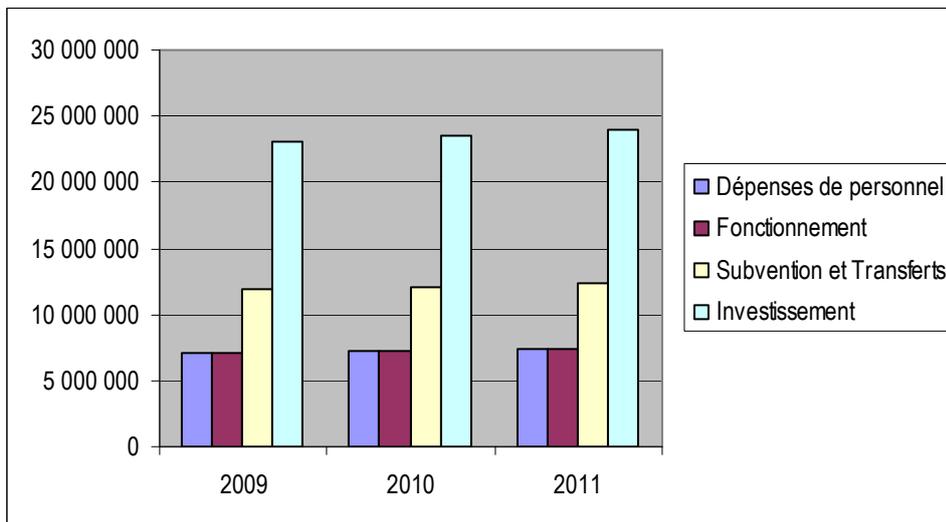
### VI-2-1 Scénario de faible croissance

Ce scénario se fonde sur les hypothèses retenues dans la note de cadrage macroéconomique de la loi des finances 2008. Il en ressort un taux moyen annuel de croissance de 2, % inférieur à celui de la croissance démographique. Les prévisions budgétaires sont calculées à partir du budget 2007 du secteur de la santé auquel est appliqué ce taux de croissance économique. Elles sont très faibles par rapport aux besoins de financement du secteur.

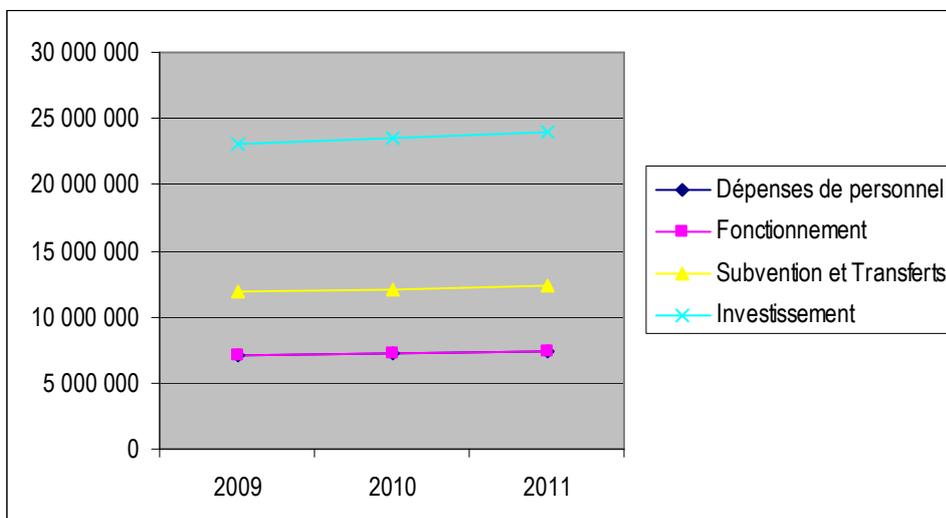
N°	VOLETS	2008	2009	2010	2011	TOTAL
1	Dépenses de personnel	7 017 938	7 158 297	7 301 463	7 447 492	<b>21 477 698</b>

2	Fonctionnement	6 968 486	7 107 856	7 250 013	7 395 013	<b>21 326 357</b>
3	Subvention et Transferts	11 654 792	11 887 888	12 125 646	12 368 159	<b>35 668 328</b>
5	Investissement	22 559 758	23 010 953	23 471 172	23 940 596	<b>69 041 888</b>
<b>TOTAL</b>		<b>48 200 974</b>	<b>49 164 993</b>	<b>50 148 293</b>	<b>51 151 259</b>	<b>147 514 272</b>

**Tableau n°10 :** Répartition par titre des prévisions budgétaires du scénario de faible croissance (en milliers de CFA)



**Figure N°6:** Répartition par titre des prévisions budgétaires du scénario de faible croissance



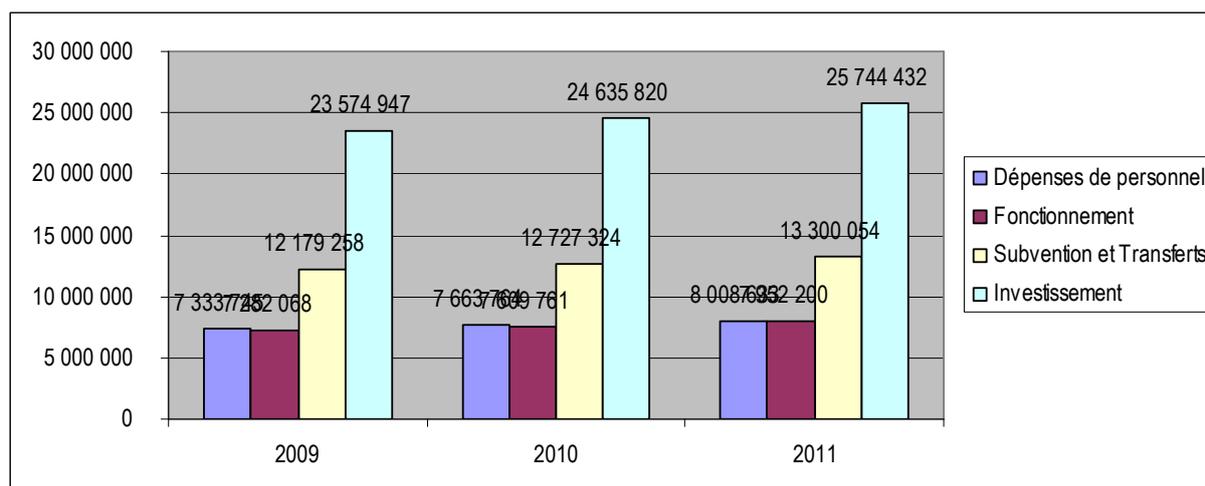
## VI-2-2 Scénario de référence

Ce scénario intermédiaire suppose un taux moyen de croissance économique de 4,5% qui est légèrement supérieur à celui de la croissance démographique (3,3%) et pouvant conduire à une augmentation moyenne du PIB par tête d'environ 0,8% par an sur la période 2008-2010. Dans ce scénario, les prévisions budgétaires résultent d'une simulation faite à partir des différentes catégories des dépenses de l'année budgétaire 2007 comme indique le tableau N°11.

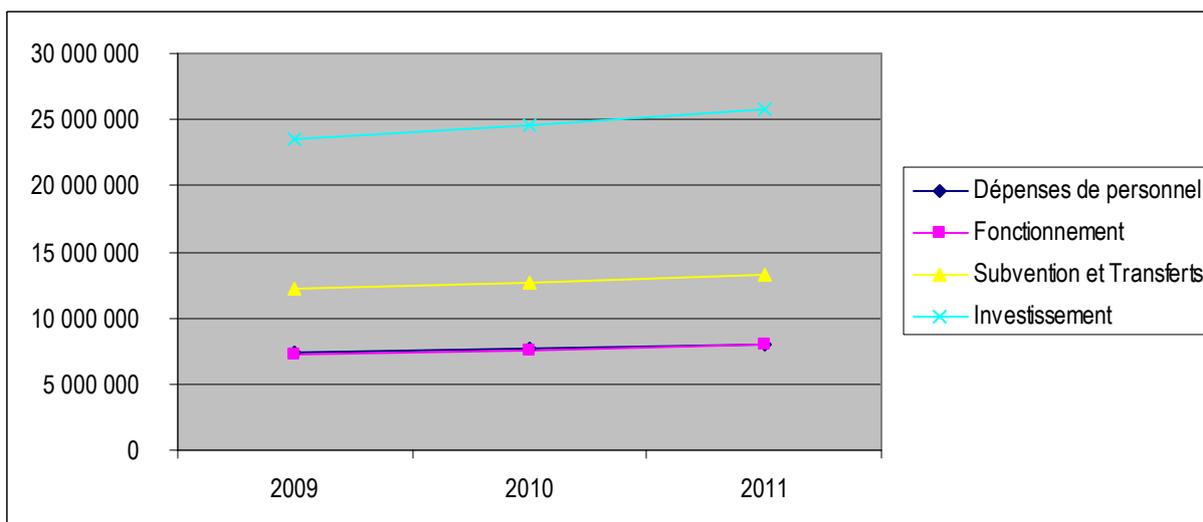
N°	VOLETS	2008	2009	2010	2011	TOTAL
1	Dépenses de personnel	7 017 938	7 333 745	7 663 764	8 008 633	<b>22 015 448</b>
2	Fonctionnement	6 968 486	7 282 068	7 609 761	7 952 200	<b>21 860 317</b>
3	Subvention et Transferts	11 654 792	12 179 258	12 727 324	13 300 054	<b>36 561 377</b>
5	Investissement	22 559 758	23 574 947	24 635 820	25 744 432	<b>70 770 530</b>
<b>TOTAL</b>		<b>48 200 974</b>	<b>50 370 018</b>	<b>52 636 669</b>	<b>55 005 319</b>	<b>151 207 671</b>

Les enveloppes budgétaires obtenues à partir de ce scénario sont inférieures aux besoins exprimés par les structures de santé et ne peuvent pas permettre d'atteindre les objectifs du PDS encore moins les OMD.

**Tableau n°11 :** Répartition par titre des prévisions budgétaires du scénario de référence  
(En milliers de CFA)



**Figure N°7:** Répartition par titre des prévisions budgétaires du scénario de référence



### VI-2-3 Scénario de forte croissance

Ce Scénario se situe dans l'hypothèse d'une stabilisation de tous les indicateurs économiques et correspond à une croissance économique de 5,5% (soit une croissance du PIB par tête d'habitant de 2,4% l'an). Dans ces conditions, les ressources qui pourraient être disponibles pour financer le secteur de la santé sont celles indiquées dans le tableau N°12. Ces ressources, malgré leur progression importante par rapport aux deux autres scénarii précédents (référence et faible) restent très insuffisantes par rapport aux besoins de financement pour la mise en œuvre du PDS. Par rapport aux besoins exprimés, le GAP de financement global se chiffre à 95 463 139 749 FCFA.

**Tableau n°12 :** Répartition par titre des prévisions budgétaires du scénario de forte croissance (en milliers de CFA)

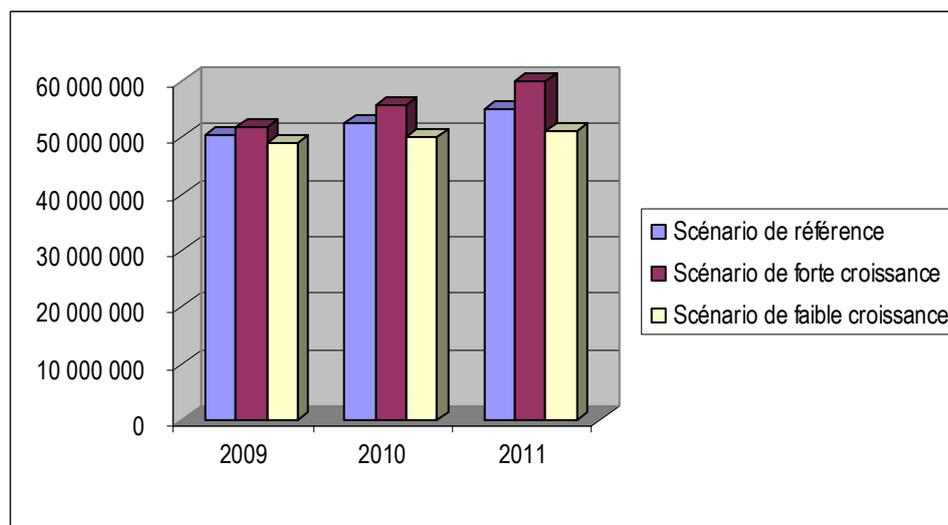
N°	VOLETS	2008	2009	2010	2011	TOTAL
1	Dépenses de personnel	7 017 938	7 544 283	8 110 105	8 718 362	<b>22 672 327</b>
2	Fonctionnement	6 968 486	7 491 122	8 052 957	8 656 928	<b>22 512 567</b>
3	Subvention et Transferts	11 654 792	12 528 901	13 468 569	14 478 712	<b>37 652 265</b>
5	Investissement	22 559 758	24 251 740	26 070 620	28 025 917	<b>72 882 123</b>
<b>TOTAL</b>		<b>48 200 974</b>	<b>51 816 047</b>	<b>55 702 251</b>	<b>59 879 919</b>	<b>155 719 283</b>

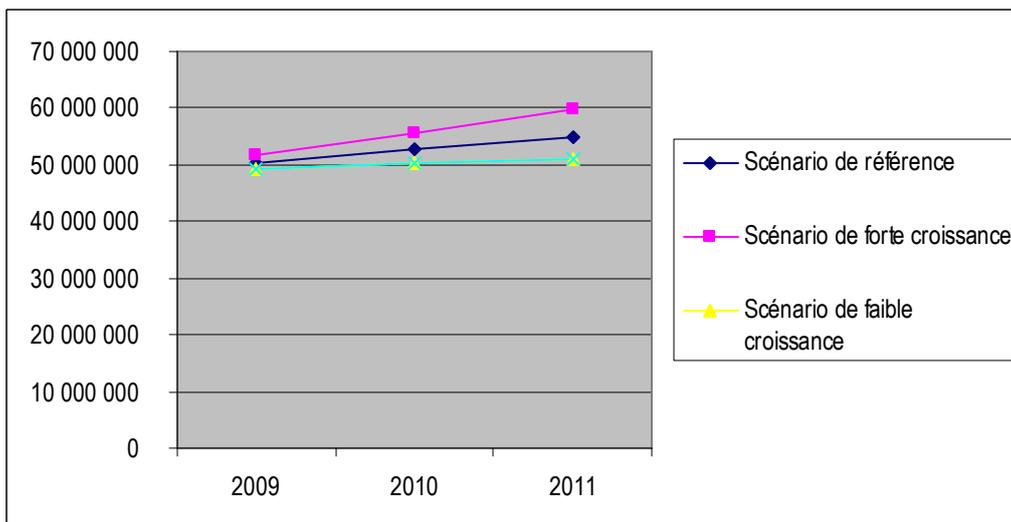
## VI-2-4 Synthèse des scénarii :

**Tableau n°13 :** Prévisions budgétaires du CDS/MT par scénario (en milliers de CFA)

	2009	2010	2011	TOTAL
<b>Scénario de référence</b>	50 370 018	52 636 669	55 005 319	<b>158 012 005</b>
<b>Scénario de forte croissance</b>	51 816 047	55 702 251	59 879 919	<b>167 398 217</b>
<b>Scénario de faible croissance</b>	49 164 993	50 148 293	51 151 259	<b>150 464 546</b>

**Figure N°8:** Synthèse des scénarii du CDS/MT-santé 2008-2010





Au vu des montants obtenus à partir de ces trois scénarii qui sont très insuffisants par rapport aux besoins de financement et compte tenu de l'importance du secteur dans l'atteinte des objectifs de la SDRP et au delà, des OMD santé, l'Etat se doit de créer des conditions optimales de mobilisation des ressources afin de permettre la mise en œuvre des actions prioritaires prévues dans le PDS et le PTQ. Ces ressources prévues à travers cette planification ont été faites dans l'optique de réduire d'ici 2010 la mortalité maternelle qui doit passer 7‰ à 3,5‰ et celle des enfants de moins de 5ans de 280‰ à 148‰ qui sont des conditions essentielles pour le Niger pour être au rendez vous du millénaire en 2015.

Ces scénarii de financement ne permettent que d'assurer le fonctionnement (salaires, fournitures, entretiens des infrastructures et des équipements) des services et le financement de quelques actions jugées prioritaires comme la vaccination, la lutte contre les épidémies et le renouvellement des stocks de médicaments. Avec des telles enveloppes budgétaires, la possibilité de réaliser les objectifs du PDS reste faible.

Devant cette situation, si toute fois la mobilisation des ressources n'atteint pas le niveau espéré, le Ministère de la Santé Publique doit faire preuve plus de rationalisation dans la réalisation des dépenses.

## VII Mécanismes de mise en œuvre et de suivi évaluation

Le système de suivi évaluation du CDS/MT repose sur celui du PDS 2005-2010 et va consister à apprécier les niveaux de financements alloués au secteur par la réalisation des revues annuelles des PAA, des Revues des Dépenses Publiques et des Comptes Nationaux de la Santé. Ces revues devront permettre d'apprécier la cohérence des actions menées pour la mise en œuvre du PDS, leur impact sur l'atteinte de ses objectifs, leur contribution dans la réalisation des objectifs de stratégie de développement de réduction de la pauvreté et des OMD santé.

## CONCLUSION

Le CDS/MT du secteur de la santé, conçu sur la base d'outils aussi simples que possible, est destiné à appuyer de manière efficace plusieurs processus qui doivent converger et notamment (i) la réforme des finances publiques, (ii) le renforcement des capacités d'arbitrages budgétaires fondés sur les performances, (iii) le suivi des résultats des différentes politiques, (iv) la rétroaction du suivi sur la définition des politiques, le développement des instruments de gestion sectoriels (évaluation des coûts, budgets programme, système de suivi évaluation). Mais surtout ce CDS/MT sectoriel est conçu pour être utilisé **comme instrument de plaidoyer** au niveau des conférences et des arbitrages budgétaires, et devrait permettre de justifier sur le plan technique les demandes d'accroissement des dotations budgétaires

## **ANNEXES**

## Evolution comparative des principaux objectifs du secteur de la santé

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE	Historique				Scénario PDS			Scénario SDRP		
	1990	2000	2002	2004	2005	2008	2010	2010	2012	2015
<b>Objectifs du Millénaire pour le Développement et Objectifs sectoriels</b>										
1. Réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans d'ici 2015	326‰	280‰	214‰	214‰	118‰	117‰	93,3‰	115‰	93,3‰	11,4‰
2. Avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015	2,40	1,40%	1,35%	0,87%	<1%	<1%	<1%	0,65	0,58%	0,29%
3. Avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle d'ici 2015	1,1‰	2,1‰	2,1‰	2,0‰	1,5‰	1‰	0,73‰	1‰	0,75‰	0,21‰
4. Réduire de ¾ la mortalité maternelle d'ici 2015 (pour 100 000 naissances vivantes) (OMD)	1200	700	700	650	600	500	300	500	400	175
5. Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim (enfants de moins de 5 ans)	36%	29%	29%	27,6%	26%	26%	21,60%	26%	21,70%	16,80%
6. Rendre les médicaments essentiels disponibles partout dans le pays, en coopération avec l'industrie pharmaceutique	61%	78%	78%	80%	83%	87%	94%	87%	92%	98%
7. Garantir l'accès des pauvres aux soins essentiels	32%	48%	48%	52%	60%	65%	87%	60%	72%	98%
8. Accroître la couverture sanitaire	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

