



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance  
& Governance**  
*Expanding Access. Improving Health.*

REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA  
PLANIFICATION FAMILIALE



## Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

### Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Niger

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuwane, Ffyoana Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

## **Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)**

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

**Janvier 2017**

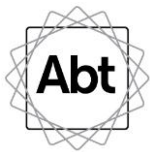
**Cooperative Agreement No:** AID-OAA-A-12-00080

### **Soumettre à:**

Scott Stewart, AOR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,  
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor  
USAID West Africa Regional Health Bureau

**Citation recommandée :** Wright, Jenna, Karishmah Bhuwanee, Ffyona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |  
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)  
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



# LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

## ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

### NIGER

#### **AVERTISSEMENT**

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.



# TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
7. Niger .....	11
7.1 Un aperçu bref de pays .....	11
7.2 Contexte.....	15
7.3 Le financement de la santé au Niger .....	15
7.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale .....	16
7.5 Opportunités en matière de financement de la santé .....	17
7.6 Sources.....	18

## Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Niger.....	13
--	----



## ACRONYMES

<b>AMC</b>	Assurance maladie communautaire
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
<b>APSAB</b>	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
<b>CAMNAFAW</b>	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
<b>CAMS</b>	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
<b>CANAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
<b>CNS</b>	Comptes nationaux de santé
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
<b>CONSAMAS</b>	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
<b>CPS</b>	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
<b>CSU</b>	Couverture sanitaire universelle
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>FCFA</b>	Franc CFA (Burkina Faso)
<b>GIZ</b>	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
<b>HFG</b>	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
<b>INAM</b>	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
<b>IPM</b>	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
<b>IPRES</b>	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MFPTSS</b>	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
<b>MPFEF</b>	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
<b>MS</b>	Ministère de la Santé (Togo)



<b>MSAH</b>	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
<b>MSPH</b>	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
<b>PDSS</b>	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PMAS</b>	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
<b>PRODESS</b>	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
<b>PROMUSCAM</b>	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
<b>RAMED</b>	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
<b>SNFS pour la CSU</b>	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>ST-AMU</b>	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UEMOA</b>	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>UTM</b>	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
<b>VIH/sida</b>	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>WARHO</b>	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelahasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.



## SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

**Une fourniture de services de santé financée par l'État** existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

**L'assurance maladie sociale** fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

**L'assurance maladie communautaire (AMC)** est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

**L'assurance maladie privée** est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

**Les dépenses à la charge des ménages** représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

## 7. NIGER

### 7.1 Un aperçu bref de pays









# Niger

## STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE



### Les stratégies du Niger pour améliorer la couverture des services de santé

**DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR SOURCE<sup>iii</sup>**

**MÉNAGES** 56%

**GOUVERNEMENT** 30%

**AUTRES SOURCES** 1%

INDICATEURS CLÉS	
Indicateur	Valeur (Année)
Population	19 899 100 (2015) <sup>*</sup>
Dépenses générales de santé de l'État en pourcentage des dépenses totales de l'État	10 % (2013) <sup>**</sup>
Dépenses totales de santé actuelles par tête d'habitant	26 USD (2013) <sup>**</sup>
Régimes privés prépayés en pourcentage des dépenses totales de santé	1 % <sup>**</sup>
Besoins de planification familiale non satisfaits	0,3 % <sup>**</sup>
Femmes mariées utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	16 % (2012) <sup>***</sup>
Femmes mariées utilisant actuellement des contraceptifs réversibles à longue durée d'action (stérilés, injections ou implants)	12,2 % (2012) <sup>***</sup>
Femmes non mariées sexuellement actives utilisant actuellement une méthode moderne quelconque de contraception	2,5 % (2012) <sup>***</sup>
Dépenses générales de santé de l'État en pourcentage des dépenses totales de l'État	39,9 % (2012) <sup>***</sup>

**PLANIFICATION FAMILIALE**

**BESOIN DE PLANIFICATION FAMILIALE NON SATISFAIT AU NIGER EST RESTÉ STABLE**

FOURNI PRINCIPALEMENT PAR DES ÉTABLISSEMENTS DU SECTEUR PUBLIC

FINANCÉ PRINCIPALEMENT PAR DES BAILLEURS INTERNATIONAUX

2006-2012

16 %

La stratégie de couverture maladie universelle (CMU) du Niger est décrite dans son Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 (PDS) et sa Stratégie nationale de financement de la santé de 2012 pour la CMU<sup>i</sup>. Le PDS inclut des stratégies pour accroître l'accès aux services de santé tandis que la stratégie de financement de la santé du gouvernement accorde la priorité à l'établissement de mécanismes pour progresser vers la CMU par le biais du soutien des mutuelles d'assurance maladie, de la sensibilisation de la population afin d'inciter à souscrire des polices d'assurance maladie pour réduire l'exposition à des coûts catastrophiques en cas de maladie et de la création d'un fonds pour la santé. Actuellement, moins de 3 % de la population du Niger est inscrite à un type quelconque d'assurance maladie ; les compagnies d'assurance maladie privées couvrent moins de 1 % de la population. Par conséquent, le gouvernement s'efforce d'engager le secteur privé pour accroître la fourniture de services de santé et pour promouvoir l'implantation de professionnels de santé privés dans les régions où la couverture est insuffisante. Les partenariats public-privé sont également considérés comme des mécanismes servant à renforcer les systèmes d'information et de communication ainsi que la réglementation de la vente de produits pharmaceutiques. Actuellement, 56 % des dépenses totales de santé sont privées, essentiellement des dépenses non remboursées des ménages pour des services de santé et des produits pharmaceutiques<sup>ii</sup>.

La seconde priorité stratégique du Niger pour la santé est l'amélioration des services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale<sup>i</sup>. Le PDS vise à promouvoir la distribution communautaire de contraceptifs sur une grande échelle à la fois par des établissements publics et des établissements privés en intégrant la planification familiale dans l'ensemble national de services de santé essentiels. Le besoin non satisfait de services et produits de planification familiale au Niger est resté stable, à un niveau d'environ 16 %, de 2006 à 2012. À l'heure actuelle, les produits de planification familiale sont financés essentiellement par des bailleurs internationaux.

### Défis et opportunités

Les problèmes au Niger sont le niveau très bas de dépenses publiques pour la santé (5,8 % du budget total), la faiblesse de l'infrastructure pour la protection sociale (publique comme privée) et les retards dans la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé établie en 2012. Les mutuelles sont essentiellement organisées par secteur (p.ex., énergies/santé) et les régimes d'assurance maladie communautaires ont tendance à être mal gérés, ce qui dissuade de nombreuses personnes d'y adhérer. Le développement de l'assurance sociale santé, la réglementation des mutuelles existantes et l'extension des mutuelles au secteur informel ont le potentiel d'étendre la couverture de santé de la population et d'abaisser le niveau élevé actuellement des dépenses non remboursées des ménages.

<sup>i</sup> Ministère de la Santé Publique du Niger, janvier 2011, Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.  
<sup>ii</sup> Ministère de la Santé Publique du Niger et OMS, juin 2012, Stratégie Nationale de Financement de la Santé en vue de la Couverture Universelle en Santé au Niger.  
<sup>iii</sup> Compte nationaux de la santé du Niger, 2013.

\* Organisation Mondiale de la Santé, Global Health Observatory, <http://www.who.int/gho/data>. Accès : juillet 2016.  
<sup>\*\*</sup> Comptes nationaux de la santé du Niger, 2013.  
<sup>\*\*\*</sup> ICF International, 2012, The DHS Program STAT compiler, <http://www.dhs.com/statcompiler.cfm>. Accès : juillet 2016.

## Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



### LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> <li>Revenus du budget général de l'État (30 % des DTS)</li> <li>Subventions ou prêts de partenaires de développement (12 % des DTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement met les risques en commun au niveau national par le biais du financement des établissements de santé du secteur public</li> <li>Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau de la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le gouvernement achète des services fournis à la population dans les établissements de santé du secteur public par les mécanismes suivants :           <ul style="list-style-type: none"> <li>» Paiements à l'acte aux établissements en fonction des services fournis, du niveau de l'établissement dans le système de santé (primaire, secondaire ou tertiaire), de son emplacement (urbain/rural) et du statut socio-économique du patient</li> <li>» Exonération de l'obligation de paiement des frais à la charge des usagers pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans pour la planification familiale, les soins prénataux, les céariennes, les traitements antirétroviraux, le paludisme, la tuberculose, les dialyses et certains cancers</li> <li>» Réduction des frais à la charge des usagers pour :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– les fonctionnaires et les travailleurs de santé</li> <li>– les personnes munies d'un certificat d'indigence obtenu à la suite d'une évaluation par un agent des services sociaux</li> </ul> </li> <li>» Subsidés pour les médicaments génériques essentiels</li> <li>» Paiements basés sur les résultats pour les travailleurs de santé de la région de Dosso</li> </ul> </li> </ul>
---	--	---

### LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

<ul style="list-style-type: none"> <li>Paiements non remboursés à la charge des ménages (56 % des DTS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les assureurs privés offrent une assurance maladie volontaire mettent les risques en commun au niveau du régime, mais la pénétration au Niger est extrêmement faible. Les assureurs privés ne gèrent que 0,3 % des dépenses totales de santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé au Niger</li> <li>Les ménages ne sont pas remboursés pour les services de planification familiale, qui sont généralement fournis gratuitement ou à faible coût par des ONG et des partenaires de développement dans des établissements publics ou privés</li> </ul>
---	---	---

## Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles  
À la population varie :

	SECTEUR PUBLIC		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓ <i>(y compris des subventions pour les personnes vulnérables de pauvres)</i>
Assurance maladie communautaire volontaire	✓	✓	✓

	SECTEUR PRIVÉ		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES/ PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓	✓	✓
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

## À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résument des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : [www.hfgrproject.org](http://www.hfgrproject.org).



## 7.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Niger et dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Niger et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Health Finance and Governance Project (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politiques et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

## 7.3 Le financement de la santé au Niger

Le Niger utilise quatre mécanismes principaux de financement de la santé. Chaque mécanisme important est décrit plus en détail ci-dessous.

### 7.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le financement des services de santé par le gouvernement est un mécanisme important de financement de la santé parce qu'il a le potentiel de fournir un certain degré de protection financière contre les coûts de services de santé pour les citoyens du Niger qui se font traiter dans des établissements de santé publics. Cependant, le gouvernement devra surmonter des obstacles considérables en matière de financement de la santé en raison de la situation économique dans le pays. Selon le Plan de Développement Sanitaire 2011–2015 du Gouvernement du Niger, le niveau de pauvreté élevé limite l'accès aux services de santé et leur utilisation. 62 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, y compris 66 % de la population rurale et 52 % de la population urbaine.

Les services de santé du secteur public reçoivent actuellement des paiements des usagers, ce qui expose les patients à un niveau élevé de risque financier. De plus, le gouvernement est exposé à des difficultés de recouvrement quand les patients ne sont pas capables de payer ces frais à la charge de l'utilisateur (MSP 2011). Il existe certaines exonérations de l'obligation de paiement de ces frais dans le cas de traitement de maladies prioritaires spécifiques (p. ex., VIH/sida), pour aider les segments vulnérables de la population (p. ex., les indigents se faisant hospitaliser, les pauvres des régions rurales) et pour répondre aux préoccupations relatives aux services de santé prioritaires (p. ex., services gratuits de planification familiale). Le gouvernement achète des services en fonction des intrants aussi bien que des extrants portant dans une large mesure sur l'infrastructure, le financement direct des services de santé et les incitations pour produire certains résultats. Les travailleurs de santé sont salariés, et il n'existe pas de programmes de financement basés sur les résultats pour les prestataires.

### 7.3.2 L'assurance maladie communautaire

Au Niger, la plupart des mutuelles de santé en activité sont organisées par secteur (p. ex., Société Nigérienne des Produits Pétroliers pour le pétrole, Société Nigérienne d'Électricité pour l'électricité) ; il existe également des mutuelles de santé à base géographique, mais le Projet HFG a constaté qu'elles ne fonctionnaient pas bien. La Fédération des mutuelles de santé a été créée en 2015 pour améliorer la coordination et la pénétration des mutuelles de santé dans tout le pays. Les mutuelles de santé au Niger respectent les règlements d'une entité multinationale publique, l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Les prestations et les contributions varient d'une mutuelle à l'autre. Les adhérents se présentent avec une pièce d'identité au point de service.

Les services de planification familiale dans les établissements de santé publics sont gratuits.

### 7.3.3 L'assurance maladie privée

La pénétration de l'assurance maladie privée est nettement inférieure à 3 % au Niger. L'assurance maladie privée représente tout juste 0,3 % de toutes les dépenses de santé (Comptes de santé du Niger 2013). La participation à l'assurance maladie privée est facultative, et elle est dominée par les employeurs du secteur privé qui fournissent une couverture de santé à leurs employés. Seules quelques compagnies d'assurances privées existent ; elles sont exploitées centralement et remboursent les services de santé administrés par des établissements publics ou privés en fonction des dispositions des polices d'assurance concernées.

### 7.3.4 Dépenses à la charge des ménages

Les dépenses à la charge des ménages sont élevées, représentant 56 % des dépenses de santé, ce qui démontre que la plupart des citoyens du Niger n'ont pas une bonne protection financière pour les services de santé. Au fur et à mesure que les citoyens du Niger auront accès à d'autres mécanismes de protection financière tels que l'assurance maladie et s'y inscriront, certaines dépenses des ménages vont probablement passer des dépenses directes pour les services fournis au paiement périodique de primes à des régimes de mise en commun des risques offerts par le gouvernement, les employeurs, la communauté ou des assureurs privés.

## 7.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 du Gouvernement du Niger comprend plusieurs stratégies visant à accroître la capacité financière de l'État à répondre aux demandes de la population en matière de santé et à réduire les paiements directs à la charge des ménages. Deux stratégies de financement dignes d'intérêt consistent à renforcer les efforts de mobilisation de ressources intérieures et extérieures et à développer des mécanismes innovants de mise en commun des risques. La mobilisation des ressources est une stratégie essentielle pour le Gouvernement du Niger parce qu'une partie importante de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté ne peut avoir accès qu'à des services de santé gratuits ou à faible coût. Les stratégies de mobilisation des ressources incluent le renforcement du plaidoyer à l'intérieur du gouvernement pour atteindre l'objectif de la Déclaration d'Abuja, soit l'affectation de 15 % du budget de l'État à la santé, ainsi qu'un plaidoyer visant à obtenir le soutien des bailleurs pour l'élaboration d'un plan stratégique visant à atteindre la CSU.

Le PDS s'attendait à ce que le soutien du développement et de l'expansion de mécanismes de mise en commun des risques tels que les mutuelles de santé soit un complément des efforts du gouvernement visant à fournir des services gratuits, ou à un prix très faible grâce aux subventions, et à accroître la couverture maladie universelle pour la population. Le Projet HFG a appris que le Ministère de la Santé a demandé à plusieurs spécialistes au niveau des départements d'explorer les problèmes affectant les stratégies actuelles et d'envisager d'autres stratégies possibles pour atteindre

la CSU avant la fin du prochain PDS, prévu pour 2016-2020. Ces spécialistes conseilleront le Premier Ministre en conséquence de leurs constatations. Ceci suggère un intérêt de haut niveau au sein du gouvernement pour répondre aux besoins de santé de la population par le biais de la CSU.

Les autres stratégies du PDS 2011-2015 ont inclus la détermination de façons d'utiliser plus efficacement les ressources existantes et de développer un fonds social pour couvrir les services de santé fournis aux indigents. Le PDS a également identifié le développement et l'adoption d'un plan stratégique sectoriel pour l'assurance communautaire comme intervention prioritaire. Ce plan fixerait la structure des mutuelles de santé et la manière dont celles-ci concluraient des contrats avec les établissements de santé pour la fourniture de services de santé, bien qu'il n'ait pas encore été indiqué quand ce plan serait finalisé.

En dehors du PDS, le gouvernement a collaboré avec des partenaires au développement pour peaufiner sa Stratégie Nationale de Financement de la Santé en vue d'atteindre la Couverture Sanitaire Universelle au Niger en 2012. La stratégie souligne à nouveau l'importance des stratégies de financement du PDS 2011-2015 consistant à augmenter la mobilisation des ressources et à utiliser les ressources plus efficacement. La stratégie de financement de la santé mentionne aussi explicitement la couverture sanitaire universelle comme objectif stratégique. Au moment où cette étude a été préparée, la mise en œuvre de cette stratégie de 2012 n'avait pas encore commencé.

Le Niger a mobilisé le soutien des bailleurs par le biais de l'International Health Partnership (IHP+) en 2009. Il a signé un compact entre le pays et onze partenaires au développement plus des organisations de la société civile en 2011 pour soutenir l'élaboration du PDS 2011-2015, ainsi qu'une feuille de route visant à renforcer le suivi et l'évaluation d'un plan national de santé. Le Niger est resté engagé avec l'IHP+ par le biais de sa participation à de multiples cycles de contrôle des résultats avec l'IHP+. Le Niger a également mobilisé des ressources par le biais d'initiatives d'accès à la planification familiale de l'USAID et avec le soutien du Partenariat de Ouagadougou pour promouvoir la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone afin d'élaborer le document *Planification Familiale au Niger : Plan d'Action 2012-2020* (USAID 2016).

Le PDS inclut des objectifs explicites visant à intégrer les services généraux de planification familiale au forfait de services essentiels au Niger et à promouvoir la distribution de contraceptifs au niveau communautaire dans tout le pays par le biais d'établissements de santé publics et privés. Il présente six stratégies prioritaires, dont la distribution communautaire de contraceptifs, l'utilisation des technologies mobiles et des stratégies de sensibilisation, et la fourniture gratuite de contraceptifs dans tous les établissements publics.

Le PDS met en lumière plusieurs objectifs visant à accroître l'implication des prestataires privés dans le cadre de nouveaux partenariats public-privé, à améliorer la réglementation pour les pharmacies et à promouvoir l'assurance maladie privée.

## 7.5 Opportunités en matière de financement de la santé

L'analyse par le Projet HFG du cadre de financement de la santé au Niger a révélé plusieurs domaines dans lesquels le gouvernement pourrait fournir des efforts pour développer, renforcer et étendre des mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale.

Dans l'ensemble, le gouvernement a la possibilité d'améliorer l'efficacité de ses efforts d'institution de couverture maladie universelle en augmentant la disponibilité des mutuelles de santé. Bien que les mécanismes actuels de financement de la santé assurent un certain degré de protection contre les risques financiers, leur concentration dans le secteur formel, combinée à un pourcentage élevé (56 %) de dépenses à la charge des usagers dans l'ensemble du pays, suggère que la protection financière contre les chocs de santé reste faible ou absente pour beaucoup. Le Niger est à la dernière place de l'Indice de développement humain de 2013. Des niveaux élevés de pauvreté et des taux de fécondité élevés contribuent à la mauvaise performance du système de santé. Le taux élevé de dépenses directes à la charge des usagers affecte négativement à la fois l'accès aux services de

santé au Niger et leur utilisation. Même les frais les plus faibles à la charge des usagers peuvent être prohibitifs, ce qui présente une opportunité d'étendre la couverture et d'augmenter l'efficacité des régimes d'assurance maladie existants – mutuelles de santé et assurance maladie privée.

Le gouvernement a des opportunités d'affiner ses politiques en les axant sur la CSU. Premièrement, le nouveau PDS 2016-2020 a été élaboré, mais le processus de validation a seulement commencé en juillet 2016. Après la validation et la mise en œuvre ultérieure de ce plan, le Niger pourra choisir d'orienter sa stratégie vers l'atteinte efficace des objectifs prioritaires du PDS en liaison avec la CSU. Deuxièmement, le moment pourrait être opportun pour que le Niger redonne de l'énergie à ses efforts d'établissement d'une stratégie de financement de la santé étant donné que seulement une part relativement faible du budget du Niger (5,8 %) est affectée à la santé et que la mise en œuvre de sa stratégie de financement de la santé élaborée en 2012 a été retardée pour des raisons inconnues. De plus, en raison des mécanismes de protection sociale limités, le Niger pourrait utiliser cette période de validation du PDS pour déterminer comment développer et coordonner la recherche technique, la planification, la stratégie et le plaidoyer pour promouvoir la CSU. Ceci pourrait inclure des plans visant à inclure le secteur privé dans le développement du secteur de la santé, ce qui était considéré important dans le PDS. Les opportunités susmentionnées pourraient être réalisées par le biais de l'établissement d'une politique et d'une stratégie concrète pour avancer vers la CSU.

Le gouvernement a également l'opportunité d'accroître la protection financière pour divers segments de la population (informel, rural, indigent). Le Projet HFG a trouvé des preuves de variations importantes dans les processus visant à identifier les indigents dans les communautés. Ceci pourrait être quelque chose d'important à comprendre afin de remédier à ce problème en raison des implications majeures pour la couverture maladie universelle des personnes concernées. L'exploration de ce problème pourrait permettre une réduction de l'incidence des fraudes au point de service et un financement plus efficace des services de santé pour les indigents par le gouvernement. De plus, le gouvernement pourrait avoir l'opportunité de remédier aux limitations de l'assurance maladie communautaire. Non seulement les inscriptions dans les mutuelles de santé sont très faibles (moins de 3 %), mais elles sont souvent limitées dans une large mesure au secteur formel. En outre, l'analyse du Projet HFG a révélé que la direction et la supervision des mutuelles de santé sont inadéquates, en dépit de la création en 2015 d'une agence nationale pour les réglementer. Ceci suggère des lacunes dans la stratégie affectant son efficacité, la planification de sa mise en œuvre et la capacité de renforcer et de réglementer les mutuelles de santé.

Enfin, le gouvernement a la possibilité d'améliorer l'accès à la planification familiale dans les secteurs public et privé. Les produits de planification familiale ne sont gratuits que dans le secteur public, à l'exception des prestataires privés qui font partie d'un réseau d'achat d'un bailleur ou d'une ONG. Au fur et à mesure que le secteur privé de la santé se développera au Niger, le gouvernement pourra explorer les implications potentielles pour déterminer comment et où les produits de planification familiale seront fournis dans l'ensemble du système de santé, et à quel prix (le cas échéant).

## 7.6 Sources

Ministère de la Santé Publique (MSP), Secrétariat Général. 2011. *Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015*. Niamey, Niger.

Comptes de santé du Niger et Macro-indicateurs de l'OMS GHED. 2013. « Tableaux standard SHA 2011 : Niger. Calendrier : 2013. »

United States Agency for International Development (USAID). 2016. *Niger: Global Health*. Accédé en juillet 2016 at <https://www.usaid.gov/niger/health>.