No. 05

RAPPORT
DE
L'ETUDE DU PLAN DE BASE
SUR
LE PROJET DE RECONSTRUCTION
DE
LA MATERNITE CENTRALE DE NIAMEY
EN
REPUBLIQUE DU NIGER

DECEMBRE 1988

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

G R F
[redacted]
88-155

JICA LIBRARY
1078732[3]
20286

RAPPORT
DE
L'ETUDE DU PLAN DE BASE
SUR
LE PROJET DE RECONSTRUCTION
DE
LA MATERNITE CENTRALE DE NIAMEY
EN
REPUBLIQUE DU NIGER

DECEMBRE 1988

AGENCE JAPONAISE DE COOPERATION INTERNATIONALE

国際協力事業団
20286

AVANT-PROPOS

En réponse à la demande du Gouvernement de la République du Niger, le Gouvernement du Japon a décidé d'exécuter une étude sur le Projet de Reconstruction de la Matérnité Centrale de Niamey en République du Niger, et l'a confiée à l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA).

La JICA a envoyé, du 22 juin au 17 juillet 1988, au Niger une mission dirigée par Dr. Hideo MATSUZAWA, Directeur de la Division de Statistique Sanitaire, Service de Statistique et d'Information, Ministère de la Santé Publique et du Bien-Etre, en vue de procéder à une étude du plan de base.

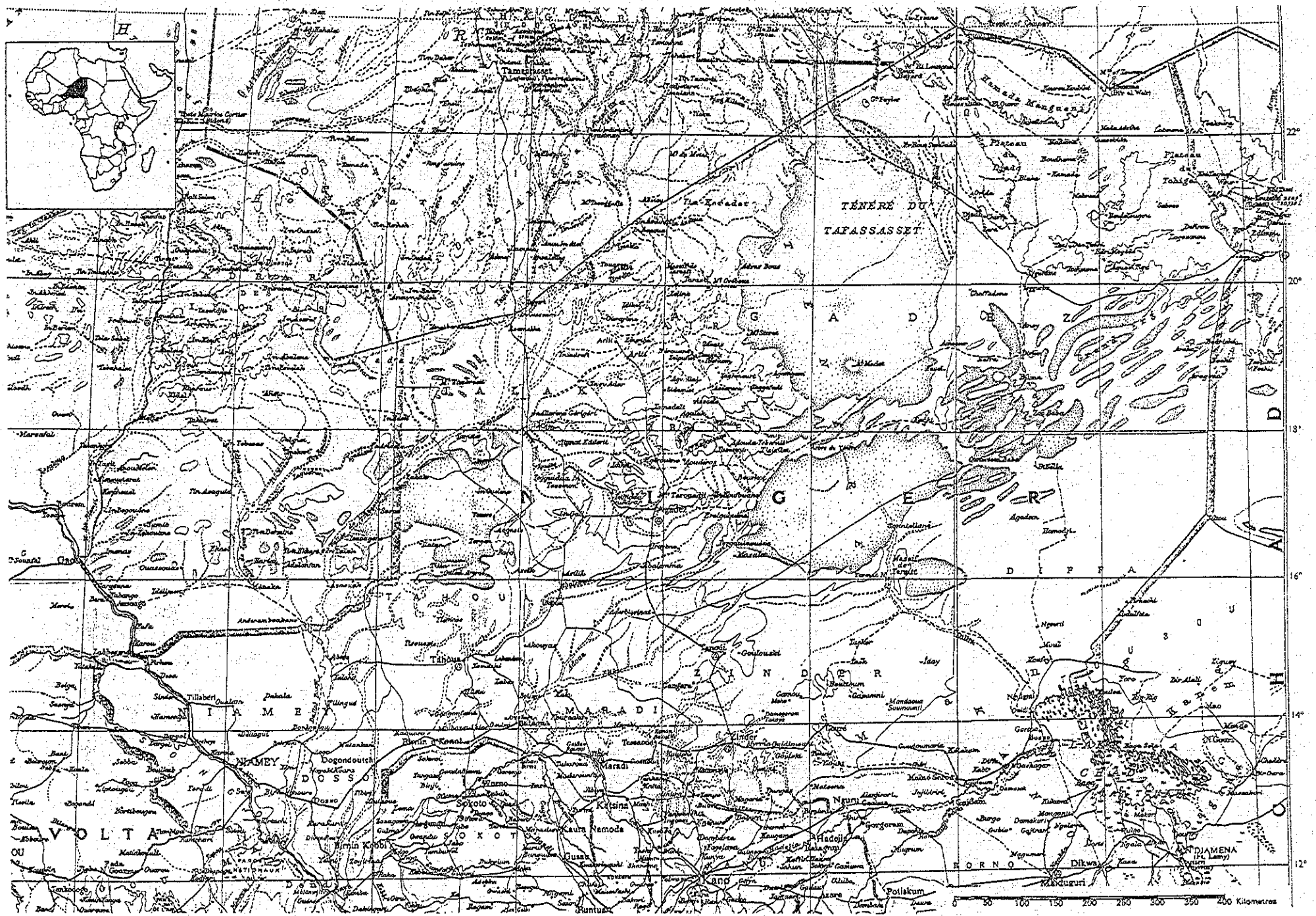
La mission a échangé ses vues avec les autorités concernées du Gouvernement de la République du Niger, et effectué des études sur place. Dès le retour de cette mission au Japon, l'étude a été approfondie et l'avant projet du rapport définitif a été rédigé. Afin d'expliquer et de discuter le contenu de ce rapport, du 15 novembre au 26 novembre 1988 a été envoyée une autre mission dirigée par Mr. Hiroshi AZUMA, Conseiller de l'Ambassade du Japon en République de Côte d'Ivoire. Et par la suite, le présent rapport a été rédigé.

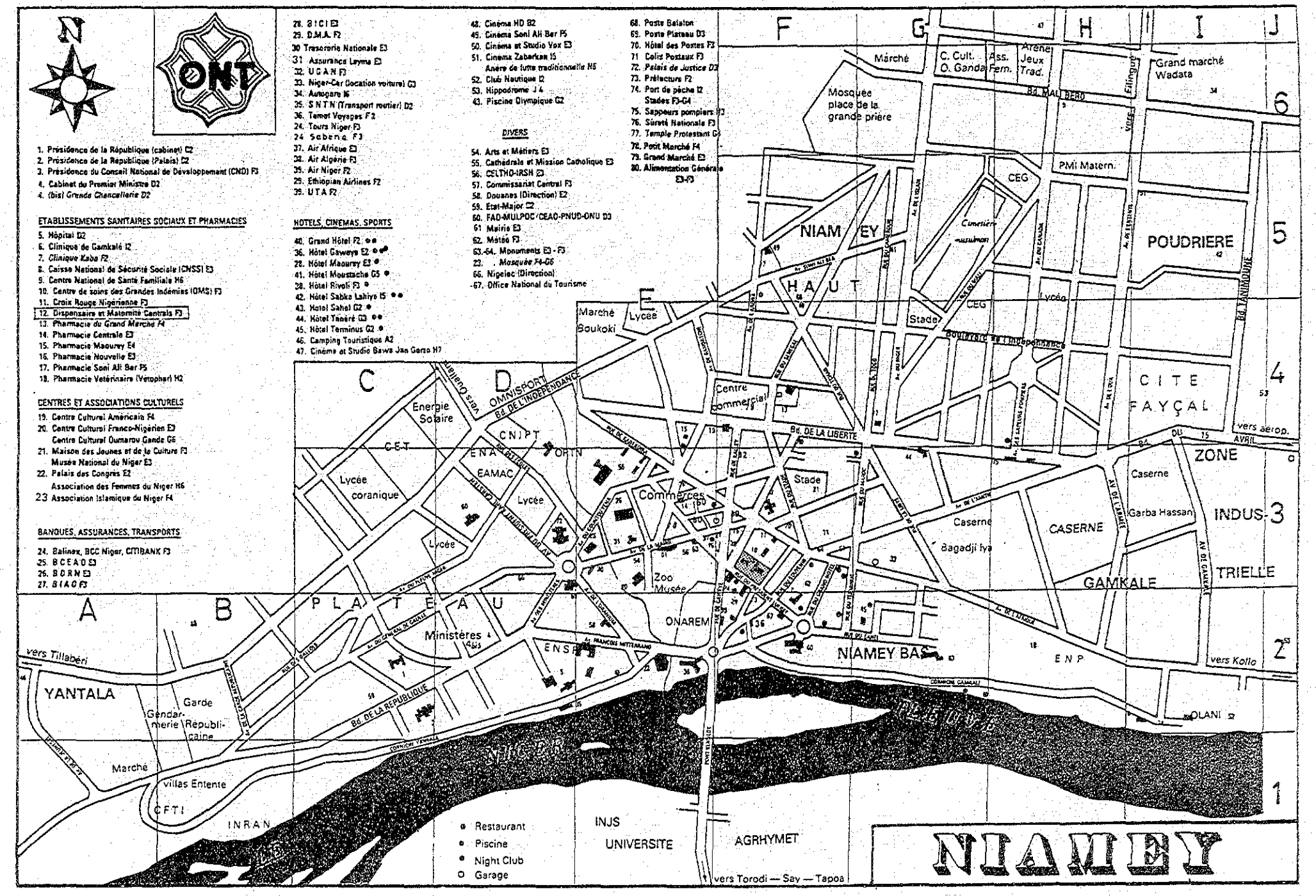
Je voudrais exprimer mes remerciements sincères aux autorités concernées du Gouvernement de la République du Niger, pour leur coopération à la mission.

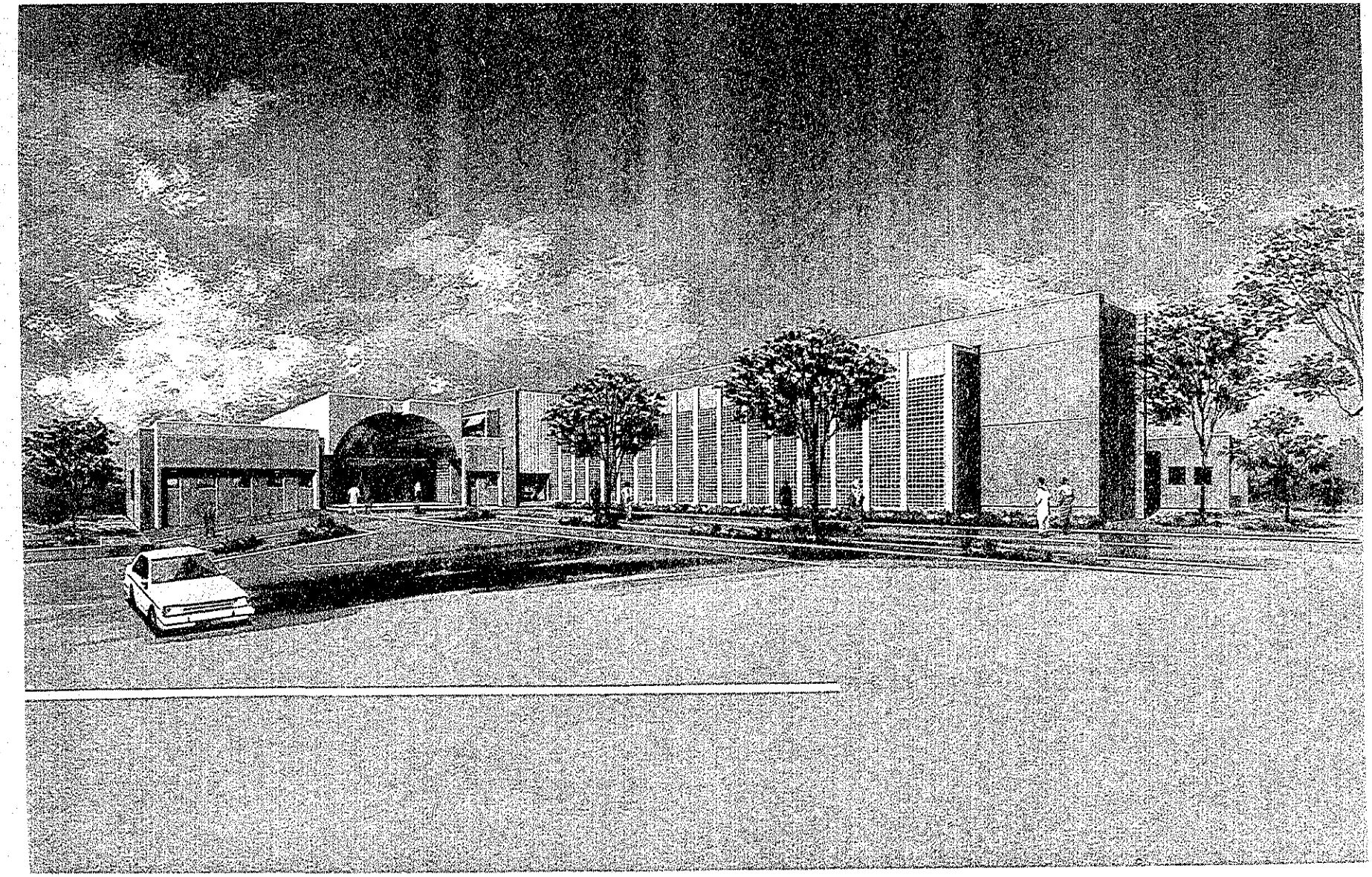
Décembre 1988

Kensuke Yanagiya

Kensuke YANAGIYA
Président
Agence Japonaise de Coopération
Internationale


TÉNÉRÉ DU TAFASSASSET
Tamanrasset
Plateau de Djado
Plateau de Tibiga
Hamada Mangueni
Tahoua
Tillaberi
NIAMEY
Dogondoutch
Birnin Konni
Maradi
Zinder
Gouloumi
Sokoto
Katsina
Kauro Namoda
Birnin Kebbi
Gusau
Hadejia
Nguru
Kano
Potiskum
Dikwa
Maiduguri
N'DJAMENA
(Ft. Lamy)
Runtuda
VOLTA
DOSSO
SOKOTO
BORNO
0 50 100 150 200 250 300 350 400 Kilometres


N
ONT
1. Présidence de la République (cabinet) C2
2. Présidence de la République (Palais) C2
3. Présidence du Conseil National de Développement (CND) F3
4. Cabinet du Premier Ministre D2
4. (bis) Grande Chancellerie D2
ETABLISSEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET PHARMACIES
5. Hôpital D2
6. Clinique de Gamkalé I2
7. Clinique Kaba F2
8. Caisse National de Sécurité Sociale (CNSS) E3
9. Centre National de Santé Familiale H6
10. Centre de soins des Grandes Indémies (OMS) F3
11. Croix Rouge Nigérienne F3
12. Dispensaire et Maternité Centrals F3
13. Pharmacie du Grand Marché F4
14. Pharmacie Centrale E3
15. Pharmacie Maourey E4
16. Pharmacie Nouvelle E3
17. Pharmacie Soni Ali Ber F5
18. Pharmacie Vétérinaire (Vetophar) H2
CENTRES ET ASSOCIATIONS CULTURELS
19. Centre Culturel Américain F4
20. Centre Culturel Franco-Nigérien E3
Centre Culturel Oumarou Ganda G6
21. Maison des Jeunes et de la Culture F3
Musée National du Niger E3
22. Palais des Congrès E2
Association des Femmes du Niger H6
23 Association Islamique du Niger F4
BANQUES, ASSURANCES, TRANSPORTS
24. Balinex, BCC Niger, CITIBANK F3
25. B C E A O E3
26. B O R N E3
27. S I A C F3
28. B I C I E3
29. D.M.A. F2
30 Trésorerie Nationale E3
31 Assurance Leyma E3
32. U G A N F3
33. Niger-Car (location voiture) G3
34. Autogare I6
35. S N T N (Transport routier) D2
36. Tamet Voyages F 2
24. Tours Niger F3
24 Sabena F3
37. Air Afrique E3
38. Air Algérie F3
39. Air Niger F2
29. Ethiopian Airlines F2
39. U T A F2
HOTELS, CINEMAS, SPORTS
40. Grand Hôtel F2
36. Hôtel Gaweys E2
28. Hôtel Maourey E3
41. Hôtel Moustache G5
28. Hôtel Rivoli F3
42. Hôtel Sabka Lahiys I5
43. Hotel Sahel G2
44. Hôtel Ténéré G3
45. Hôtel Terminus G2
46. Camping Touristique A2
47. Cinéma et Studio Bawa Jan Gorzo H7
48. Cinéma HD B2
49. Cinéma Soni Ali Ber F5
50. Cinéma et Studio Vox E3
51. Cinema Zabarkan I5
Arène de lutte traditionnelle H5
52. Club Nautique I2
53. Hippodrome J 4
43. Piscine Olympique G2
DIVERS
54. Arts et Métiers E3
55. Cathédrale et Mission Catholique E3
56. CELTHO-IRSH E3
57. Commissariat Central F3
58. Douanes (Direction) E2
59. Etat-Major C2
60. FAO-MULPOC/CEAO-PNUD-ONU D3
61 Mairie E3
62. Mâtéo F3
63.-64. Monuments E3 - F3
23. Mosquée F4-G6
66. Nigelec (Direction)
67. Office National du Tourisme
68. Poste Balaton
69. Poste Plateau D3
70. Hôtel des Postes F3
71 Colis Postaux F3
72. Palais de Justice D2
73. Préfecture F2
74. Port de pêche I2
Stades F3-G4
75. Sapeurs pompiers H3
76. Sûreté Nationale F3
77. Temple Protestant G4
78. Petit Marché F4
79. Grand Marché E3
80. Alimentation Générale E3-F3
Restaurant
Piscine
Night Club
Garage
NIAMEY
NIAMEY HAUT
NIAMEY BAS
POUDRIERE
CITE FAYÇAL
ZONE INDUSTRIELLE
PLATEAU
YANTALA
Marché
Mosquée place de la grande prière
C. Cult. O. Ganda
Ass. Fem.
Arène Jeux Trad.
Grand marché Wadata
PMI Matern.
CEG
Cimetière musulman
Lycée
Stade
Marché Soukoki
Centre commercial
Commerces
Caserne
Garba Hassan
Bagadji Iya
CASERNE
GAMKALE
Zoo Musée
ONAREM
Ministères
ENSP
ENP
OLANI
Garde Républicaine
Gendarmerie
villas Entente
CFTI
INRAN
INJS
UNIVERSITE
AGRHYMET
Energie Solaire
CET
Lycée coranique
CNIPT
OMNISPORT
EAMAC
Bd. DE L'INDEPENDANCE
Bd. DE LA LIBERTE
Bd. DE LA REPUBLIQUE
Bd. MALI BERO
Bd. TANIMOUNE
vers Tillabéri
vers Kollo
vers aerop.
vers Torodi — Say — Tapoa
NIGER



RESUME

RESUME

La République du Niger est un pays enclavé et situé presque au centre et au nord-ouest du Continent Africain. Une grande partie de son territoire est constituée de dunes onduleuses et désertes, et sa superficie est de 1.267.000 km2. La population totale est d'environ 6.410 mille personnes (en 1985). La mortalité infantile (0-1 an) s'élève à 140 sur 1.000 naissances et l'espérance de vie est de 45 ans, qui représente la valeur la plus basse en Afrique. 90% des nigériens s'occupent de l'agriculture et de l'élevage de bestiaux, qui subissent souvent et depuis longtemps l'influence désastreuse de la sécheresse, tandis que le marché des minerais d'uranium, ressources principales du pays, continue de stagner.

Suivant le mot d'ordre lancé par l'OMS (WHO) "Santé pour tous d'ici l'an 2000", le Gouvernement de la République du Niger a élaboré les mesures de la médecine et de la protection de la santé selon le principe du perfectionnement des soins médicaux primaires. Dans le cadre de son Plan Quinquennal de Développment Economique et Social (1987-1991), le Gouvernement de la République du Niger vise à élargir et à renforcer le service médical, notamment à réduire l'inégalité régionale dans ce domaine, et prend les mesures de renforcement et d'élargissement du rôle de chaque établissement sanitaire du niveau primaire au niveau tertiaire.

La situation actuelle des établissements sanitaires dans la République du Niger est caractérisée par le déséquilibre entre la zone urbaine et la zone rurale, par l'insuffisance de l'activité de traitement par rapport à l'activité de prévention, etc. Par conséquent, il s'agit pour la République du Niger d'élargir qualitativement et quantitativement le service médical et de le rendre plus accessible pour la population, tout en essayant de corriger ces déséquilibres.

Le projet d'élargissement et de renforcement du rôle de la Maternité Centrale de Niamey, placée en tant qu'organisme sanitaire tertiaire au sommet de l'organisation gynéco-obstétricale au Niger, fait partie du plan mentionné ci-dessus. Le rôle principal lui attribué à l'origine con-

siste à hospitaliser et à soigner les femmes enceintes atteintes de différentes affections qu'envoient les organismes médicaux de base. En réalité, toutefois, la vétusté et l'étroitesse de cet établissement hospitalier sont manifestes et les appareils médicaux sont en nombre insuffisant et déjà sensiblement décrépits. A cela vient s'ajouter la croissance rapide de la pupulation de Niamey. Tout cela oblige la Maternité Centrale à traiter des malades et des accouchées à un nombre supérieur à sa capacité d'orgine.

Etant données les circonstances, le Gouvernement de la République du Niger a conçu le "Projet de Reconstruction de la Maternité Centrale de Niamey" et a demandé en février 1987 au Gouvernement du Japon une coopération financière non-remboursable pour l'élargissement des établissements et la fourniture du matériel médical, afin d'aménager les hôpitaux de maternité du district de Niamey, d'assurer le rôle d'origine de la Maternité Centrale de Niamey en tant qu'hôpital de maternité de référence, et d'améliorer les soins périnataux. En réponse à cette demande, le Gouvernement du Japon a envoyé en République du Niger, par l'intermédiaire de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), du 3 au 16 février 1988, une mission pour l'étude de base dirigée par Dr. Hidéo MATSUZAWA, Directeur de la Division de Statistique Sanitaire, Service de Statistique et d'Information, Ministère de la Santé Publique. La mission a eu avec des personnes responsables du Gouvernement de la République du Niger des discussions sur le plan sanitaire de la périnatalité, qui ont confirmé la conformité et le sens du plan et l'étendue de la coopération. Pour donner suite à cette étude préliminiare, une autre mission a été envoyée au Niger, du 22 juin au 17 juillet 1988, pour poursuivre l'étude jusqu'à l'élaboration du plan de base. Elle a approfondi des discussions avec des personnes responsables du Gouvernement du Niger. Et de retour au Japon, elle a examiné et analysé les résultats de ces études pour établir le plan de base des installations et des équipements à la dimension la plus appropriée. Sur la base de ces travaux, le projet du Rapport Final de l'étude du plan de base a été rédigé. Et une nouvelle mission dirigée par Mr. Hiroshi AZUMA, Conseiller de l'Ambassade du Japon en République de Côte d'Ivoire a été envoyée du 15 novembre au 26 novembre de la même année, pour en faire des explications sur place. De toutes ces procédures on a abouti à

la conclusion qu'il est convenable de fixer à 75 lits le nombre de lits nécessaires au traitement médical des femmes enceintes et en accouchement dans la présente Maternité Centrale. Les grandes lignes adoptées pour les installations et les équipements sont les suivantes:

Bâtiments:

- Bloc consultations externes	757m2	(en béton armé	à un niveau)
- Bloc accouchement et opération	768m2	("	")
- Bloc service administratif, hospitalisation et services généraux	2.631m2	("	à deux niveaux)
- Abri d'accompagnantes	92m2	("	à un niveau)
- Morgue	32m2	("	")
- Sous-station	100m2	("	")
Total	4.380m2		

Autres installations:

Voie de circulation intérieure, parking, réservoir de réception d'eau, bassin d'épuration et incinérateur

Equipements principaux pour chaque section:

- Consultations externes

Table d'examen gynécologique, appareil de diagnostic à ultra-son, stéréo-colposcope complet, instrumentations complètes gynécologiques et obstétricales, unité d'examen, stéthoscope différents modèles obstétricales, sonicaïd foetal.

- Examens cliniques

Electrocardiographe, echotomographe, microscope, appareil d'examen de groupes sanguins, analyseur d'urine, appareil à mesure p.H., système d'examen réaction de Wassermann, centrifugeur, hématimètre, frigidaire de sang.

- Radiologie

Equipement de radiologie général + système T.V. + option pour nouveau-né, insufflateur.

- Accouchement et opération

Monitoring obstétrical, lit d'hôpital complet, table d'accouchement, boîte d'accouchement, scyalitique type plafonnier, appareil d'anesthésie, aspirateur chirurgical, boîte césarienne, table d'opération, respirateur artificiel, monitoring de patient, autoclave vertical électrique, poupinel électrique.

- Soins des nouveaux-nés

Berceau, incubateur de nouveau-né, monitoring de nouveau-né, analyseur de bilirubine.

- Hospitalisation

Lit d'hôpital complet, couverture, drap de lit, poissonnière électrique, chariot porte-malade avec brancards amovibles, chariot pour linge propre, sac à roulettes pour linge sale.

- Administration et formation professionnelle

Mannequin, Encyclopédie médico-chirurgicle, appareillage audio-visuel, armoire toxique, frigidaire médical.

- Services

Chambre froide pour morgue.

- Véhicules

Véhicules de service, ambulance.

Le terrain prévu pour la construction se trouve à Niamey, Capitale du Niger, au quartier presque central de la ville appelé 4ème district. Il s'agit d'un site plat adjacent à la Maternité Centrale actuelle, d'environ 11 000 m2 de superficie, avec une différence de niveau de 1,5 - 2,0 m, situé en face de la Rue de Luebek et encadré par deux routes sur les deux côtés. Comme il s'agit de la zone déjà aménagée, il n'y a aucun problème au sujet de l'infrastructure: la fourniture de l'eau, l'évacuation des eaux usées, l'alimentation électrique, le service téléphonique, etc.

On estime les frais totaux nécessaires au présent projet à la charge de la partie nigérienne à environ 20 millions de yens.

D'autre part, le délai prévu après la signature de l'Echange de Note (E/N) entre les deux Gouvernements est de 3 mois pour le plan de détail, de 1,5 mois pour les démarches d'adjudications, de 17 mois pour les travaux de construction et de 2 mois pour le montage des équipements. Abstraction faite de certains travaux à exécuter parallèlement, on prévoit au total 23,5 mois de travaux.

L'organisme nigérien chargé de l'exécution du présent projet, est le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Les frais annuels prévus pour l'entretien et la gestion du projet sont estimés à environ 176 millions de FCFA (environ 77,4 millions de yens). Vu l'état de gestion jusqu'à présent, ce montant se trouve bien dans la limite solvable de la partie nigérienne. La pertinence de l'octroi de l'aide en coopération financière non-remboursable est justifiée par le fait que l'établissement actuel est trop étroit et déscrépit et ne répond plus au rôle originellement imparti à cet établissement en tant qu'hôpital de référence et par l'importance de la place qu'occupe le secteur de la santé publique et des soins médicaux dans le Plan de Développement Economique et Social.

On peut dire que les spécialistes nigériens des soins médicaux, médecins, infirmières, etc. sont suffisamment nombreux et ont une compétence suffisante pour le contrôle et la gestion de la Maternité Centrale. Cependant, le Gouvernement de la République du Niger a demandé des

coopérations techniques parallèles au présent projet pour la santé des mères et enfants et la gestion de la nouvelle Maternité Centrale. En effet, il est souhaitable que pour l'amélioration des soins périnataux, l'élargissement de la nouvelle Maternité Centrale s'accompagne de la coopération technique dans ce domaine.

A l'achèvement de sa reconstruction, le présent établissement s'appellera "Centre National de Gynéco-Obstétrique". Le nouveau Centre permettra de renforcer l'activité de prévention, de réaliser la formation répétée du personnel soignant et de faire progresser les soins médicaux des femmes enceintes et des accouchées. L'impact qu'aura le contrôle de la nutrition des femmes enceintes et des accouchées sur la population sur le plan de la nutrition sera considérable et apportera une grande contribution non seulement à l'amélioration du système nigérien de la santé publique et des soins médicaux, mais au développement de l'Etat nigérien.

TABLE DES MATIERES

CARTE GEOGRAPHIQUE

RESUME

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I INTRODUCTION..... 1

CHAPITRE II CONTEXTE DU PROJET..... 5

2-1 Etat actuel de la santé publique et des soins médicaux en République du Niger..... 5

2-1-1 Généralités..... 5

2-1-2 Politique de développement national des secteurs de la santé publique et des soins médicaux..... 21

2-2 Système des soins périnataux en République du Niger.... 25

2-2-1 Système de soins périnataux..... 25

2-2-2 Situation actuelle de la Maternité Centrale de Niamey.. 38

2-3 Historique et contenu de la demande..... 50

CHAPITRE III CONTENU DU PROJET..... 57

3-1 Objectifs..... 57

3-2 Examen du contenu de la demande..... 58

3-2-1 Nécessité d'améliorer les soins périnataux 58

3-2-2 Examen du projet d'élargissement et de renforcement des services de la Maternité Centrale..... 60

3-3 Grandes lignes du Projet..... 61

3-3-1 Organismes d'exécution et système de l'exploitation.... 61

3-3-2 Projet de base..... 61

3-3-3 Situation générale du site du Projet..... 67

3-3-4 Aperçu général des installations et des équipements.... 71

3-3-5 Organisation du personnel..... 76

3-4 Coopération technique..... 79

CHAPITRE IV PLAN DE BASE..... 80

4-1 Orientation du plan..... 80

4-2 Examen des conditions du plan..... 81

4-3 Projet de base..... 84

4-3-1 Détermination de la taille..... 84
4-3-2 Plan de disposition..... 92
4-3-3 Plan de construction..... 95
4-3-4 Plan d'équipements..... 108
4-3-5 Plan de base..... 123
4-4 Plan d'exécution..... 128
4-4-1 Conditions de construction et orientation d'exécution..... 128
4-4-2 Répartition des travaux..... 130
4-4-3 Plan de surveillance de l'exécution des travaux..... 132
4-4-4 Plan de fourniture des matériaux et des équipements... 134
4-5 Plan d'entretien et de gestion..... 138
4-5-1 Système d'entretien et de gestion..... 138
4-5-2 Charges d'entretien et de gestion..... 139
4-6 Evaluation approximative des frais de l'oeuvre..... 144

CHAPITRE V EVALUATION DU PROJET..... 145

CHAPITRE VI CONCLUSION ET RECOMMANDATION..... 149
6-1 Conclusion..... 149
6-2 Recommandation..... 150

DOCUMENTS ANNEXES..... 154
1. Liste des intéressés..... 154
2. Composition de la mission d'études..... 157
3. Calendrier de l'étude..... 159
4. Procès-verbal..... 165
5. Documents relatifs au site du Projet..... 173
(dernières photos du terrain, documents de l'étude du sol)
6. Liste des documents recueillis..... 180

CHAPITRE I INTRODUCTION

CHAPITRE I INTRODUCTION

La République du Niger est située presque au centre et légèrement au nord-ouest du Continent Africain. Elle est limitée au nord par la République Démocratique et Populaire et Arabe de la Libye, la République du Tchad, au sud par la République du Nigéria et la République Populaire du Bénin et enfin à l'ouest par la République du Mali et la Burkina-Faso. 2/3 de son territoire sont constitués de montagnes et du désert du Sahara accidenté et désolé. Sa superficie est de 1.267.000 km^2.

La population totale du Niger s'élève à environ 6 millions 613 mille personnes (en 1985), dont 90 % s'occupent de l'agriculture et de l'élevage de bestiaux. Ceux-ci dépendent le plus souvent des conditions météorologiques et subissent de grands dommages notamment de la sècheresse qui continue de frapper le pays depuis 1969 (le niveau de la Niger est descendu en 1973 au plus bas de ces 60 dernières années). Les minerais d'uranium dont les réserves sont au 4ème du monde constituent ses principales ressources financières. Grâce à l'exploitation des mines d'uranium, il a pu réaliser un développement social, mais son économie souffre ces derniers temps de la stagnation du marché de l'uranium.

En République du Niger l'aménagement de son système de la santé publique et des soins médicaux vient de commencer. D'après la statistique de 1987, la mortalité des nouveau-nés et des nourrisons est extrêmement élevée sous les conditions naturelles sévères. Si l'on y ajoute la mortalité des femmes enceintes et des accouchées, elle atteindrait la majorité des morts de ce pays.

Pour améliorer ces conditions, il est nécessaire avant tout de renforcer le soin primaire de la santé. Mais, plus fondamentalement, il faut aménager l'infrastructure et l'environnement de base de l'ensemble de la société et améliorer le niveau de vie aussi bien que le niveau de l'hygiène. Une simple réalisation de l'établissement sanitaire moderne et d'une haute performance ne résoud pas de problème. Du point de vue gynécologique et obstétrique, la rupture utérine et la toxicose gravidique parmi les trois grandes causes de la mortalité maternelle

peuvent être prévenues soit par les soins appliqués pendant la grossesse, soit par certaines mesures prises d'une manière appropriée. Il est important pour cela de renforcer et d'améliorer le soin primaire. Il est essentiel de renforcer la mesure de protection de la maternité par le biais de diffusion de la connaissance de la santé et de l'hygiène, de la formation du personnel soignant et de renforcement des organismes chargés de traitements médicaux. Ce qui est attendu fortement, c'est que cette entreprise donne l'occasion à la République du Niger de prendre conscience du fait qu'il lui faut avant tout faire des efforts elle-même pour réaliser un développement économique et social.

D'autre part, il ne faut pas oublier que dans ce pays, même dans le secteur urbain, 18% des femmes enceintes accouchent à domicile (en 1985) et que pour cette raison, on compte un nombre important de décès de femmes enceintes et d'accouchées. Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales essaie de les persuader d'accoucher à l' hôpital. Mais tout hôpital de maternité est pratiquement débordé, avec trop peu de lits dont il dispose, 154 lits (en 1987 à Niamey) pour la population de 343.000 personnes (1 lit pour 2.227 personnes). Dans ces conditions, les femmes enceintes se ruent vers la Maternité Centrale de sorte que, malgré son rôle primordial de l'hôpital de référence, elle est obligée de limiter l'hospitalisation des femmes enceintes malades ou atteintes d'affections gynécologiques. Il est vrai qu'elle est obligée à l'heure actuelle d'imposer une durée d'hospitalisation moyenne anormalement courte et cruelle à toutes les femmes enceintes qui viennent y accoucher, 12 heures pour l'accouchement physiologiques et 24 heures pour la césarienne (alors qu'il faut normalement 3 jours et 10 jours d'hospitalisation, respectivement).

La Maternité Centrale actuelle est constituée du bâtiment principal construit en 1942 et des pavillons ajoutés en 1973. La vétusté de ces installations constitue une autre entrave importante à l'amélioration des soins périnataux. Ces immeubles construits l'un après l'autre sans suite logique sur le terrain trop étroit sont maintenant obsolètes. Du fait de leur structure, il est fort difficile d'y introduire des cloisons importantes, qui seraient pourtant nécessaires à un changement essentiel de fonction, même si l'on voulait les agrandir ou y apporter des

modifications. D'autre part, il est pratiquement impossible de faire des travaux de modifications, tout en laissant fonctionner l'établissement actuel de maternité. Et il faut y ajouter par-dessus le marché le manque de matériel et matériaux.

Etant donné les circonstances, le Gouvernement de la République du Niger a élaboré un plan d'amélioration de la Maternité Centrale de Niamey. Et, pour sa mise en oeuvre, il a formulé une demande de coopération financière non-remboursable auprès du Gouvernement du Japon. En réponse à cette demande, le Gouvernement du Japon a décidé de conduire au préalable une étude de base sur le présent Projet, par l'intermédiaire de l'Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA), et a envoyé, du 3 au 16 février 1988, une mission d'étude dirigée par Dr. Hideo MATSUZAWA, Directeur de la Division de Statistique Sanitaire, Service de Statistique et d'Information, Ministère de la Santé Publique, pour faire des discussions avec des personnes responsables du Gouvernement Nigérien et pour confirmer la pertinence et le sens du Projet et l'étendue de la coopération. Suite à cette première démarche, une autre mission d'étude du plan de base a été envoyée, du 22 juin au 17 juillet de la même année, pour approfondir les discussions avec la partie nigérienne, effectuer des études sur place de la Maternité Centrale actuelle et du site choisi pour la construction du nouveau Centre et pour rassembler les documents nécessaires.

De retour au Japon, la mission d'étude a effectué des examens et des analyses des documents obtenus et des contenus des discussions, a évalué des effets que le présent Projet pourraient exercer sur l'amélioration des soins périnatux en République du Niger, et a établi le plan de base avec les dimension et contenu les plus appropriés des installations. Et sur la base de ces travaux, on a rédigé le projet du Rapport Final des études du plan de base. Dès l'achèvement de la rédaction du Projet, une nouvelle mission dirigée par Mr. Hiroshi AZUMA, Conseiller de l'Ambassade du Japon en République de Côte d'Ivoire a été envoyée au Niger du 15 novembre au 26 novemvre 1988, pour discuter sur place ce Projet avec les personnes responsables du côté nigérien. Le présent Rapport est le résumé de tous ces résultats. Il comporte le plan de base des installations et des équipements jugés les plus appropriés, l'évaluation

approximative du coût de l'oeuvre, l'évaluation de l'oeuvre en elle-même, et quelques recommandations pour l'exécution du présent Projet.

La composition des missions d'études, la liste des responsables intéressés du Gouvernement Nigérien, les calendriers des études sur place et le procès-verbal des discussions sont joints en annexes à la fin du présent Rapport.

CHAPITRE II CONTEXTE DU PROJET

CHAPITRE II CONTEXTE DU PROJET

2-1 Etat Actuel de la Santé Publique et des Soins Médicaux en République du Niger

2-1-1 Généralités

Dans un environnement médical pauvre les premières victimes sont les plus faibles de cette société et c'est ce qui se passe pour le Niger. Ce pays présente des chiffres extrêment élevés: en 1987 la mortalité infantile (pour 1000 nouveaux-nés) est de 132, la mortalité juvénile (de 1 à 5 ans) est de 240 (pour 1000 enfants). C'est le cas de tous les pays en voie de développement. Ceci est dû à la fréquence des grossesse de femmes insuffisamment en bonne santé. Le taux de survie du 2ème et du 3 ème enfant est de loin plus bas que celui au delà du quatrième enfant. En outre, le poids des enfants nés dans les deux ans qui suivent le précédent est insuffisant, et les cas d'anémie sont nombreux: dès le départ ces enfants sont chargés d'un lourd hadicap. (Le pays est au 11ème rang mondial pour la mortalité infantile en dessous de 5 ans (U5MR)). Un enfant sur cinq est prématuré. D'une façon générale, l'âge du premier accouchement est jeune, il n'est pas rare qu'une adolescente ait déjà accouché plusieurs fois et qu'à la quatantaine, une femme ait eu plus de dix accouchements. Par ailleurs, le taux de mortalité maternelle atteint aussi le chiffre élevé de 7 pour mille accouchements (1987). Au Niger dont plus de 90% de la population s'occupe d'agriculture et d'élevage, comme dans tous les autres pays d'Afrique, la proportion de main d'oeuvre féminine utilisée à la production alimentaire est extrêmement élevée. (le " Livre blanc sur la population mondiale, 1988" l'évalue à 75 % pour l'Afrique.) Dans un environnement naturel sévère, la situation des femmes soumises inévitablement au "double labeur" du travail ménager et du travail agricole est extrêmement difficile. En 1987, le nombre d'enfants, femmes enceintes et accouchées décédés constitue la majeure partie de toutes les causes de décès de ce pays. Les causes de décès des enfants sont la malaria, la rougeole, la diarrhée, la pneumonie, et pour les femmes enceintes et les accouchées : rupture de l'utérus, toxicose gravidique, etc. Il s'agit dans tous les cas de maladies qui peuvent être évitées ou soignées à notre époque.

Sur ce fond de maladies évitables ou curables qui sont les causes importantes de décès, il faut considérer les mauvaises conditions environnementales : la pauvreté due à la sécheresse, la malnutrition et les problèmes de l'eau potable, etc. Comme pour tous les pays voisins du Sahel, le Niger se trouve face aux trois formes de déficiences alimentaires liées : malnutrition saisonnière, et carences protéiques et caloriques sur une grande échelle, carences vitaminiques. La quantité de calories absorbées par jour et par personne est de 2000 calories, très en dessous du plus bas niveau selon les normes mondiales.

En outre, la quantité absorbée pendant la saison des pluies qui s'étend de juin à octobre et qui "fait la soudure" avant la saison des récoltes, est réduite de surcroît de 10 à 15 %. Cette période correspond à la saison des travaux agricoles qui demandent donc le plus d'énergie et c'est l'époque où la malaria et la diarrhée déshydratante sont les plus nombreuses. La durée d'arrêt du travail due à la maladie, n'affecte pas seulement les hommes adultes, mais les femmes qui s'occupent des enfants malades, et les enfants ainés aussi en subissent les conséquences. De plus, à cette "soudure" déjà difficile, viennent s'ajouter entre janvier et mai les bronchites et les cas de rougeole qui sont nombreux. En particulier la mortalité des nourrissons par la rougeole est élevée. Toutes ces conditions ont une forte influence sur la production agricole.

La disparition des animaux domestiques due à la sécheresse, entraîne une situation alimentaire identique pour les populations qui s'occupent d'élevage.

Un nombre élevé de maladies ont fait doubler les carences alimentaires lors de l'année de la grande séchresse (1984 - 1985), et le risque de contracter une maladie, le taux de mortalité et la dégradation de l'état de santé s'enchaînent en un cercle vicieux.

De plus on ne peut pas passer sous silence le manque d'informations sur la prophylaxie et l'hygiène, l'insuffisance d'équipements des centres de soins médicaux, le manque de praticiens, et aussi le retard des mesures de protection de la maternité, etc. En outre, en ce qui concerne la proportion de ceux qui peuvent recevoir des prestations sanitaires de

protection de la santé est, d'après les chiffres 1987 de l'UNICEF, de 30 % pour les régions rurales par rapport à 100 % des zones urbaines. Il s'agit d'une particularité qui s'observe dans les 32 pays dont la mortalité infantile en dessous de 5 ans est extrêmement élevée. La correction de ce déséquilibre est l'objet du "Plan quinquennal de développement économique et social pour les années 1987 - 1991" de la République du Niger.

(1) Composition de la population

Un tiers de la population habite au bord du fleuve Niger relativement fertile qui longe la frontière avec le Nigéria. Selon une étude effectuée en 1986, la population des villes de Niamey, Zinder, etc. représente 20 % environ, et aujourd'hui encore la migration vers les villes continue. La population totale du Niger est estimée à 6 413 000 habitants (1985), l'étude de 1980 indiquait 5 687 000, on constate donc une augmentation de 726 000 habitants. Si ces chiffres sont exacts, le taux d'augmentation annuel de la population est de 2,7 %, montrant une progression extraordinairement forte. Le taux de mortalité a baissé grâce aux progrès des services médicaux, si le taux des grossesses se maintient au niveau actuel, le taux d'augmentation de la population dépassera 3% (certaines sources indiquent que les 3 % sont déjà atteints). On considère que le taux des 4 % sera atteint dans un futur pas si lointain. Le Gouvernement Nigérien est pressé de trouver une solution au problème de la population auquel s'ajoute celui de la crise alimentaire provoquée par la sécheresse.

Tableau 2-1: Répartition de la population du Niger

Préfecture	Superficie (km^2)	Population (habitants)	Personne/km^2
AGADEZ	714.790	124.985	0,17
DIFFA	140.220	167.389	1,19
DOSSO	31.000	693.207	22,36
MARADY	38.580	949.747	24,62
NIAMEY	90.300	1.171.822	12,98
TAHOUA	106.680	993.615	9,31
ZINDER	145.430	1.002.225	6,89
	1.267.000	5.102.990	4,03

Source: Annuaire statistique 1986-1987

Note: la population est celle de l'étude de 1977.

L'espérance de vie est de 45 ans et le taux de mortalité général est de 20 pour 1000 habitants.

Tableau 2-2: Composition de la population du Niger

Age	EFFECTIFS			Homme pour
	Total	Masculin	Féminin	100 femmes
0-4ans	965.873	486.854	479.019	101,6
5-9	795.409	416.966	378.443	110,2
10-14	478.434	262.718	215.716	121,8
15-19	556.970	232,243	324.727	71,5
20-24	444.931	181.855	263.076	69,1
25-29	425.163	183.150	242.013	75,7
30-34	370.824	175.736	195.088	90,1
35-39	237.774	132.263	105.511	125,4
40-44	236.232	126.880	109.352	116,0
45-49	114.025	70.048	43.977	159,3
50-54	149.798	83.154	66.644	124,8
55-59	59.972	37.994	21.978	172,9
60-64	101.702	54.834	46.868	117,0
65-69	33.605	20.216	13.389	151,0
70-74	57.876	29.035	28.841	100,7
75-79	16.462	9.133	7.329	124,6
80 ans et	39.829	18.115	21.714	83,4
+ N.D	18.111	8.531	9.580	89,1
Total	5.102.990	2.529.725	2.573.265	98,3

Source: Annuaire statistique 1986-1987

Note: D'après l'étude de 1977

(2) Structure des maladies

Les maladies qui existent au Niger selon les statistiques de 1987 du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales sont montrées dans le Tableau 2-3.

L'analyse des chiffres montre que les maladies infectieuses sont nombreuses : les maladies du système respiratoire, les maladies des fièvres, les maladies contagieuses transmises par l'eau, les maladies des yeux et du nez, etc. Cette structure pathologique est typique des pays en voie de développement.

Parmi ces maladies, celles qui sont la cause de mortalité infantile en dessous de 5 ans sont la rougeole, la malaria, la diarrhée (déshydratante), la malnutrition, les maladies pulmonaires, etc. Aujourd'hui toutefois, en ce qui concerne la diarrhée, la diffusion du traitement par réhydratation orale (ORT), est en progrès grâce aux instructions de l'OMS, et les résultats obtenus sont considérables.

Tableau 2-3: Morbidité, maladies à déclaration contrôlée: cas, décès et taux de décès (taux de décès défini par le rapport: nombre de décès pour 10 000 cas)

Source: Annuaire statistique 1986-1987

MALADIE	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Paludisme										
cas	296.246	307.837	389.873	385.009	395.459	407.105	378.462	338.413	516.994	625.056
décès	174	155	192	161	151	163	103	70	284	374
taux de décès	6	5	5	4	4	4	3	2	5	6
Diarrhées graves										
cas	25.496	20.872	16.223	9.257	5.883	7.199	8.358	10.231	12.168	12.338
décès	32	95	84	183	103	152	170	182	294	176
taux de décès	13	46	52	198	175	211	203	178	242	143
Rougeole										
cas	18.173	33.012	38.107	35.568	36.139	39.526	29.406	40.013	44.689	17.626
décès	340	389	447	235	433	486	430	487	1.117	312
taux de décès	187	118	117	66	120	123	146	122	250	177
Coqueluche										
cas	4.476	3.836	7.399	8.320	5.735	3.920	7.296	6.427	5.261	8.372
décès	-	2	4	9	12	10	14	4	65	43
taux de décès	-	5	5	11	21	26	19	6	124	51
Varicelle										
cas	6.037	2.098	1.981	2.056	4.772	4.318	9.783	10.919	18.812	3.249
décès	-	1	-	-	1	3	1	1	10	4
taux de décès	-	5	-	-	2	7	1	1	5	12
Méningite										
cas	3.034	9.244	6.093	4.203	2.567	995	1.377	2.320	286	20.206
décès	218	580	309	293	187	110	75	75	23	790
taux de décès	719	627	507	697	728	1.106	545	323	804	391
Pneumonie										
cas	4.012	5.495	3.476	2.991	3.760	4.261	14.582	12.227	17.563	17.599
décès	-	43	26	23	50	45	35	54	74	102
taux de décès	-	78	75	77	133	106	24	44	42	58
Grippe										
cas	3.084	2.257	1.010	1.482	109	29	1.564	3.589	2.884	10.813
décès	-	1	1	-	-	-	1	1	3	3
taux de décès	-	4	10	-	-	-	6	3	10	3
Jaunisse										
cas	883	1.708	1.426	1.331	1.080	757	834	653	695	493
décès	28	43	37	38	31	34	18	12	24	21
taux de décès	317	252	259	285	287	449	216	184	345	426
Tétanos										
cas	349	338	310	343	313	261	210	173	115	222
décès	53	59	57	64	57	52	39	17	18	42
taux de décès	1.519	1.746	1.839	1.866	1.821	1.992	1.857	983	1.565	1.892
Poliomiélyte aigüe										
cas	250	189	336	310	279	175	201	172	146	30
décès	2	4	8	7	6	6	4	7	2	2
taux de décès	80	212	238	226	215	343	199	407	137	667
Diphtérie										
cas	97	52	50	33	27	15	-	170	269	37
décès	20	15	4	3	5	4	-	2	1	6
taux de décès	2.062	2.865	800	909	1.852	2.667	-	118	37	1.622

(3) Niveau des service de santé publique et de soins médicaux

Du point de vue quantitatif, le nombre de lits d'hôpitaux en 1986 pour tout le pays est de 3 810 (dont 772 lits de maternité), à commencer par : l'Hôpital Central National (850 lits), l'Hôpital Universitaire (100 lits), la Maternité Centrale (58 lits).

Tableau 2-4: Lits d'hospitalisation et de maternité par département en 1986

DEPARTEMENT	LITS D'HOSPITALISATION autres que ceux de maternité		LITS DE MATERNITE	
	Hôpitaux et Centres médicaux	Nombre d'habitant par lit	Hôpitaux et Centres médicaux	Nb. de femmes en âge de procréer par lit
AGADEZ	168	871	67	546
DIFFA	125	1.610	34	1.479
DOSSO	308	2.692	89	2.329
MARADI	432	2.625	134	2.116
NIAMEY:ville	(925)		(121)	
département	(248)		(110)	
total	1.173	1.195	231	1.518
TAHOUA	334	3.559	111	2.678
ZINDER	498	2.399	106	2.818
TOTAL	3.038	2.007	772	1.974

Source: Annuaire statistique 1986-1987

Par conséquent il y a 1 lit pour 1 700 habitants. Au Japon la proportion est de 1 lit pour 67 habitants, soit 23 fois plus. En outre, on trouve un médecin pour 33 000 habitants, soit 50 fois moins par rapport au Japon où l'on a un médecin pour 664 habitants. Ces chiffres sont pires que ceux d'autres pays d'Afrique.

Sur le plan qualitatif, les soins médicaux au Niger sont supportés jusqu'à présent par l'assistance étrangère, et l'on peut penser que ça va encore continuer. Sur ce point, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales a fait réaliser en 1985 une "Etude sur les besoins de mise en formation des Cadres du MSP/AS".

(4) Installations de santé publique et de soins médicaux

Le système de santé publique et de soins médicaux au Niger, dont constitue la base le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, a été constitué en plusieurs étapes par: d'abord, au plus haut niveau les Centres Hospitaliers Nationaux (CHN) qui jouent le rôle directeur, la Maternité Centrale, les Centres Nationaux de Santé Familiale (CNSF). Ensuite au niveau moyen, les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD), les Centres Médicaux (CM), les Centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), les Equipes Départementales d'Hygiène et de Médecine Mobile (EDHMM), et les maternités. Puis, au niveau périphérique des postes médicaux (PM), des dispensaires gratuits, des Equipes de Santé Villageoises (ESV).

Ceux-ci sont répartis dans les secteurs administratifs de tout le pays (7 départements, 7 villes, 36 arrondissements, 8 620 villages), constituant la couverture médicale avec toutes ces unités. Toutefois ceux qui peuvent recevoir ces services médicaux sous une forme ou une autre, représentent 40% de la population totale. (Rapport UNICEF sur l'Enfance Mondiale, 1987).

De la périphérie au niveau central, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales gérait en 1986:

Etablissements	Nombre
- CHN	3
- CHD	5
- EDHMM	6
- CM au niveau des Communes	7
- CM au niveau des Arrondissements (comprenant le dispensaire, PMI et la maternité)	36
- PMI dépendant de Centres Sociaux	29
- Maternités départementales et du district	71
- PM Postes Médicaux	24
- Dispensaires de Quartier	28
- Dispensaires Ruraux (DR)	210
- ESV (6.693 matrones et 6.294 sécuristes)	4.071
- Ecole Nationale Santé Publique (ENSP)	1
- Ecole Nationale d'infirmiers Certifiés et d'Aides assistants de l'Action Sociale (ENICAS)	1
- CNSP	1
- Centre Léproserie	1
- Centre National Anti-Tuberculeux	1
- Centre Anti-Tuberculeux (sauf départements DIFFA et AGADEZ)	4
- Pharmacies Populaires	22
- Dépôts Pharmaceutiques	61
- Services d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux (SERAM)	5
- Services d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile (SEPRA)	7
- Services d'Entretien et de Réparation du Matériel d'Exploitation (SERMEX)	1

Tableau 2-5: Principaux établissements hospitaliers et gynéco-obstétricaux

	Nb. total de lits	Nb. de lits Gynéco-obstétrique	Nb. de lits gynéco-logique	Nb. de Médecins	Nb.de Médecins gynéco-logiques	Nb. de sage-femmes	Nb. d'infirmières
Soins tertiaires							
Hôpital Central National de Niamey	850	0	9	64	0	0	60
Hôpital Central National de Zinder	400	32	0	15	0	7	36
Hôpital National de Lamordé	100	0	-	-	-	-	-
Maternité Centrale de Niamey	58	36	22	4	4	28	16
Soins secondaires							
Hôpital Départemental d'Agades	112	36	0	6	0	2	12
Hôpital Départemental de Diffa	96	10	0	7	0	2	22
Hôpital Départemental de Dosso	200	18	0	5	TSSO (1)	3	17
Hôpital Départemental de Naradi	300	30	0	-	-	-	-
Hôpital Départemental de Tahoua	280	38	0	6	TSSO (2)	8	33
Maternité de Poudrier	72	72	0	2	2	30	8
Maternité de Lamordé	24	24	0	1	1	8	3
En Projet							
Maternité de Boukoki	16	16	0	0	-	-	-
Maternité de Yantalla	16	16	0	0	-	-	-
Maternité de Medina	16	16	0	0	-	-	-
Maternité de Gaweye	16	16	0	0	-	-	-
Maternité de Tallagé	16	16	0	0	-	-	-
Aéroport ou Maternité Lazarret	16	16	0	0	-	-	-

(-: nombre imprécis)

(5) Praticiens de la santé publique et des soins médicaux

Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales emploie aujourd'hui un personnel de plus de 4 000 personnes concernées par la santé publique et les soins médicaux, mais la moitié de celles-ci sont des fonctionnaires administratifs et du personnel de bureau, etc. Les prévisions pour 1990, basées sur les chiffres de praticiens effectivement concernés par la santé publique et les soins médicaux (1986) et "l'Etude sur les besoins de mise en formation des Cadres du MSP/AS", se présentent au Tableau 2-6 ci-après (les médecins étrangers ne sont pas compris):

Tableau 2-6: Nombre des praticiens de la santé publique et des soins médicaux

	1986	1990	
	(*1)	(*2)	
Médecins	118	60	
		15	
		105	
		36	
		216	Total
Chirurgiens-Dentistes	5	19	
Pharmaciens	23	38	
Infirmiers Diplômés d'Etat dont 18 Brevetés (GN)	737	842	
Infirmiers Certifiés (CHMN)	884	1.200	
		(*3)	
Sages-Femmes	240	280	
Techniciens d'assainissement	114	185	
Assitantes Sociales	95	165	

Notes (*1): Parmi eux 43 se trouvent à Niamey.

(*2): 60 : Médecins nigériens au travil.

15 : Médecins nigériens au cours de la spécialisation.

105 : Médecins nigériens prévus d'obtenir leurs diplômes de FSS.

36 : Médecins nigériens prévus d'obtenir leurs diplômes à l'étranger.

(*3): Matrones non comprises

En outre on trouve un nombre assez important de médecins étrangers: ils sont au nombre de 88 selon les informations dont nous disposons (1984). Jusqu'en 1978 les possibilités de la formation des médecins n'existaient pas. La nouvelle faculté de médecine de l'université nationale construite depuis lors, permet de former 20 médecins par an. C'est ainsi qu'en 1984 il y avait 59 médecins nigériens et leur nombre dépasse aujourd'hui 130. Ce qui fait un total, en comprenant les médecins étrangers, de 200 médecins environ.

Mais si l'on considère l'accroissement de population de 3% par an, il est indéniable que le nombre absolu de médecins est loin d'être suffisant. Malgré la bonne orientation prise dans le sens de l'amélioration, le nombre de médecins par rapport à la population reste au niveau de 1 pour 33 000.

(6) Qualification de médecine spécialisée

En tant qu'institution de formation de médecins, la faculté de médecine de l'Université de Niamey est entièrement équipée pour former les médecins nigériens, mais elle ne peut donner qu'une qualification de médecine générale. Pour se spécialiser, les médecins doivent aller étudier et se former à l'étranger, et en obtenir les qualifications. Dans son plan de reconstruction de la présente maternité, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales propose de former au Niger les gynécologues qualifiés.

(7) Système de formation de praticiens de la santé publique et des soins médicaux

Faculté de médecine de Niamey

L'Université qui dépend du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a été fondée en 1971 à la suite d'une conférence entre trois pays: le Niger, la Haute-Volta (aujourd'hui le Burkina-Faso) et la France. Cette conférence avait prévu d'établir un centre d'enseignement supérieur à Niamey. La faculté (7 ans d'études) fondée à partir de l'Ecole de Science de la Santé déjà existante fut inaugurée en 1978. Le nombre d'élèves est passé de 174 (dont 73 étrangers) en 1980, à 267 (dont 60 étrangers) en 1985, soit une augmentation de 1,8 fois.

Nbre d'élèves par an

1975	25	1982	241
1976	49	1983	276
1977	70	1984	282
1978	109	1985	267
1979	162	1986	308
1980	174	1987	311
1981	213	Total	2.497

Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP)

Elle est gérée par le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, le Ministère du Plan et le Ministère des Finances.
Il s'agit d'une institution de formation d'infirmières, infirmiers sanitaires, sages-femmes, techniciens d'assainissement, assistantes sociales, tous boursiers d'état. Les qualifications pour accéder à chacun de ces cours sont différenciées, et par conséquent il y a des critères d'entrée différents pour les diplômés sortant du cours moyen (15 ans) et ceux sortant du cours supérieur (18 ans). Chaque année, sur 100 sélectionnés : 60 sont envoyés dans cette école, 10 sont envoyés vers la section d'examens au sein de l'établissement sanitaire concerné et 20

sont envoyés à l'Ecole Nationale d'Infirmiers Certifiés et d'Aides-assistants de l'Action Sociale (ENICAS) de Zinder. Toutes les qualifications sont décidées et accordées une fois par an au moyen d'un examen gouvernemental et au vu des résultats obtenus en cours de scolarité. En outre, c'est une porte ouverte vers le doctorat de médecine; jusqu'à présent 12 élèves ont continué ses études en faculté de médecine après avoir passé leur diplôme et ont obtenu leur diplôme de médecin.

(8) Etat des vaccinations

D'après la "Note d'information sur le MSP/AS" parue en juillet 1987:

- Seulement 4 % des femmes enceintes ont reçu le vaccin anti-tétanique.
- 40 % des enfants n'ont reçu qu'une seule sorte de vaccin.
- 28 % des enfants ont reçu le BCG, et ce taux correspond à celui des enfants nés en maternité. (Ce taux est inférieur aux 70 % indiqués par l'OMS, car les régions urbaines ont un taux de vaccination plus faible que les régions rurales, c'est la situation actuelle.)
- 27,1 % ont reçu le vaccin de la rougeole.
- 16,8 % des enfants en dessous de 5 ans ont reçu le vaccin contre la méningite.

Tableau 2-7: Evaluation de la vaccination

Unité: millier de doses

Vaccin	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Variole	327	321	218	489	156	30	-	-	-
B.C.G.	258	162	229	189	246	211	274	306	183
Rougeole	374	278	475	416	550	446	702	761	348
Fièvre jaune	234	50	46	16	19	279	267	205	71
Choléra	258	304	25	28	18	24	26	12	56
Tétanos	26	23	37	36	28	32	72	27	29
Méningite	43	156	571	393	493	399	656	771	552
Poliomyélite	126	22	93	136	13	-	-	-	-
D.T.coq polio	56	21	-	134	-	-	-	-	-
D.T.polio	-	183	100	134	-	-	-	-	-
D.T.sans polio	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Tétracoq	19	80	7	23	229	137	329	267	231
Rage	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	1.721	1.603	1.801	1.694	1.753	1.557	2.326	2.349	1.470

(9) Système d'entretien et de réparation des équipements médicaux

La réparation, l'entretien et la gestion des équipements médicaux au Niger sont effectués exclusivement par un organisme appelé Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux (SERAM), appartenant au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Cet organisme est présent dans chaque département (Agadez, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Zinder). Mais, comme le montre le Tableau suivant, l'envoi d'ingénieurs ou d'assistants n'est fait que dans cinq départements. Les réparations réelles sont effectuées au centre de Niamey où les appareils en panne sont envoyés.

Tableau 2-8: Nombre d'ingénieurs pour l'entretien et la réparation des appareils médicaux

Département	Agadez	Diffa	Dosso	Maradi	Niamey	Tahoua	Zinder
Ingénieur	1	0	0	1	4	1	1
Assistant	0	0	0	0	1	0	0
Apprenti	0	0	0	0	3	0	0
Ingénieur de l'OMS	0	0	0	0	1	0	0

Le Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux possède un atelier dans le grand ensemble industriel situé au sud-est de la ville de Niamey, où se trouve aussi un atelier réservé au Service d'Entretien et de Réparation du Parc Automobile (SERPA).

Une dizaine de personnes, ingénieurs, assistants et apprentis nigériens, travaillent au Service d'Entretien et de Réparation des Appareils Médicaux. Pour leur formation ils sont envoyés périodiquement auprès de l'organisme de formation de l'OMS situé à Lomé au Togo. D'autre part, des ingénieurs de l'OMS sont envoyés au Niger pour diriger les travaux de réparation.

Les appareils faisant l'objet de réparations sont: microscopes, autoclaves, bistouris électriques, aspirateurs, endoscopes, dispositifs de surveillance des patientes, appareils d'examen clinique, balances etc. Ces appareils sont très variés et envoyés par les quelques 140 établissements sanitaires. Leurs pays d'origine sont le Japon, les Etats-Unis, l'Allemagne de l'Ouest, la France, etc. Il y a également beaucoup d'appareils médicaux offerts par l'OMS, l'UNICEF, etc. Du fait que ces appareils ne sont pas standardisés, il est difficile de les réparer.

Le budget annuel alloué par le pays est de 8 000 000 de francs FCFA (environ 3 500 000 de yen) et il sert à l'achat de pièces de rechange. Le délai de fourniture pour les pièces de rechange est de deux semaines pour les produits européens et de deux à trois mois pour les produits japonais. La gestion des pièces de rechange et des manuels de service est assurée par genre d'appareils (appareils d'anesthésie, appareils de stérilisation, etc.)

2-1-2 Politique de développement national des secteurs de la santé publique et des soins médicaux.

Dans le Plan de développement du secteur de la santé publique et des soins médicaux: "Plan quinquennal de développement économique et social pour les années 1987-1991" du Niger, la situation du secteur de la santé publique et des soins médicaux est analysée, des objectifs fixés et un plan établi.

L'analyse de la situation actuelle montre l'existence d'un déséquilibre entre les régions urbaines et rurales, d'un déséquilibre entre les activités curatives et les activités préventives, et elle met en relief le problème urgent de corriger ces deux grands déséquilibres.

Le plan d'actions concrètes spécifie qu'il faut:

(1) Former encore plus de praticiens, établir les grandes lignes de plans spécifiques, améliorer la gestion des hôpitaux.

(2) Renforcer par étapes les prestations des soins médicaux

(3) Elever le taux de la participation des bénéficiaires aux coûts des soins de santé, et pour cela prévoir une répartition budgétaire efficace.

La répartition budgétaire des sommes investies se présente comme suit dans le Plan qinquennal de développement économique et social pour les années 1987-1991: le secteur de santé est estimé à 4,05 % en 1991, le secteur social tent à augmenter, comme il est indiqué au Tableau 2-9 ci-après.

Tableau 2-9: Répartition sectorielle des investissements publics (FCFP) entre 1987 et 1991 (en %)

	Réalisation 1979-1984	1987-1991	
DEVELOPPEMENT RURAL	19.0	39,48	229.000
Agriculture		25,69	149.000
Elevage		7,0	40.600
Forêt, pêche, faune		4,0	28.200
Microréalisations		2,59	15.000
Etude, recherche		0,21	1.200
AUTRES PROGRAMMES ECONOMIQUES	15,3	8,94	51.750
Mines		1,4	8.100
Industrie		1,45	8.400
Energie		5,34	31.000
Tertiarie extra-adm.		0,73	4.250
PROGRAMMES SOCIAUX	24,3	28,74	166.700
Education, formation		6,78	39.300
Santé		4,05	23.500
Hydraulique urbaine		3,28	19.000
Hydraulique villageoise et pastorale		9,03	52.400
Urbanisme		0,43	2.500
Habitat		0,86	5.000
Assainissement		2,59	15.000
Animation au développement		1,72	10.000
INFRASTRUCTURES ECONOMIQUES	28,4	19,3	111.900
Routes et ponts		18,0	104.400
Téléc., postes		1,3	7.500
PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT	13,0	3,54	20.650
TOTAL	100,0	100,0	580.000

Source: Plan de Développement Economique et Social du Niger(1987-1991)

Les trois points suivants sont les objectifs du Gouvernement pour le secteur de la santé publique et des soins médicaux:

1. Corriger les différences de qualité des soins médicaux entre les zones urbaines et rurales, par la généralisation de l'équipement complet des installations de soins médicaux.

2. Rendre efficace et systématique la campagne d'information visant au renforcement des activités d'hygiène préventive.

3. Avec pour objectif la rationalisation de la gestion, réexaminer et améliorer tous les services de soins médicaux.

En liaison avec ce plan le pays bénéficie de la mise en oeuvre déjà commencée en 1987, ou prévue, de grands projets d'aide d'organisations étrangères:

Projet	Organisation
Projet conjoint d'appui à la nutrition	OMS, UNICEF
Projet d'amélioration de la santé rurale	USAID
Projet de santé familiale	FNUAP
Appui au développement sanitaire	USAID

Il existe d'autres projets à mettre en oeuvre dès à présent et des projets destinés à continuer ou à renforcer les activités en cours: mesures contre la malaria, vaccination, mesures contre la cécité, etc. A part cela, il y a les projets suivants d'extension du traitement médical tertiaire: divers plans ont déjà fait l'objet de candidatures, tous ces projets sont attendus de l'aide internationale mais ils ne sont pas encore concrétisés.

Projet	Pays/organisation
Hôpital de chirurgie orthopédique	Tunisie, Italie, Algérie, etc.
Hôpital psychiatrique	OMS
Hôpital départemental d'Agades	Pays arabes units
Hôpital pédiatrique	France
Hôpital ophtalmologique	France
Bloc opératoire de l'Hôpital Central National	Japon