

ETUDE TARIFICATION CS, CSI, HD
ETUDE ACTUARIELLE DU PANIER DE SOINS DE L'AMU
COSTING STRATEGIQUE CSU

Rapport sur la mise à niveau du système de soins

Alain LETOURMY

Saïdou HANGADOUMBO



28 février 2021

Table des matières

Liste des tableaux.....	3
Acronymes.....	4
Introduction.....	5
Première partie : l'amélioration de l'offre de soins existante au niveau périphérique.....	7
L'offre de soins existante	7
Le rapport SARA	7
La capacité opérationnelle générale des services.....	8
Disponibilité et capacité opérationnelle des services spécifiques	9
Le rapports QoC.....	11
Appréciation de l'effort de mise à niveau d'après SARA et QoC.....	12
Deuxième partie : estimation de l'effort d'amélioration privilégiant l'extension du système de soins	19
Recommandation quant à la mise à niveau du système de soins.....	20
Conclusion : les étapes de la mise en œuvre de la CSU	22
Recommandations spécifiques.....	22
Recommandations générales	24
Documentation utilisée	25

Liste des tableaux

Tableau 1 : capacité opérationnelle générale des services pour l'ensemble de Fosa et pour la strate 2

Tableau 2 : capacité opérationnelle de quelques services spécifiques pour l'ensemble des Fosa et pour la strate 2

Tableau 3 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des HD existant (hors coût des RH)

Tableau 4 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des CSI existant (hors coût des RH)

Tableau 5 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des CS existant (hors coût des RH)

Tableau 6 : coûts paramétriques pour le chiffrage de l'extension du système de soins

Tableau 7 : estimation du coût de l'extension du système de soins

Acronymes

ARV	Antirétroviraux
ASC	Activité de santé communautaire
CHR	Centre hospitalier régional
CNS	Comptes nationaux de la santé
CPN	Consultation prénatale
CPNr	Consultation prénatale recentrée
CS	Case de santé
CSI 1	Centre de santé intégré de type 1
CSI 2	Centre de santé intégré de type 2
CSU	Couverture sanitaire universelle
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DIES	Direction des infrastructures et équipements de santé
DOS	Direction de l'organisation des soins
DP	Direction de la pharmacie
DRH	Direction des ressources humaines
DS	District sanitaire
Fosa	Formation de santé
GTR	Groupe technique restreint
HD	Hôpital de district
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
INS	Institut national de la statistique
IST	Infections sexuellement transmissibles
LFI	Loi de finances initiale
MCD	Médecin chef de district
MCV	Maladie cardio-vasculaire
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MEG	Médicaments essentiels sous forme générique
MNT	Maladies non transmissibles
MRC	Maladie respiratoire chronique
MSP	Ministère de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONPPC	Office national des produits pharmaceutiques et chimiques
PCA	Paquet complémentaire d'activités
PDS	Plan de développement sanitaire
PF	Planification familiale
PMA	Paquet minimum d'activités
PSNSC	Plan stratégique national de santé communautaire
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Protocole de traitement mère-enfant
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
QoC	Quality of Care
RH	Ressources humaines
RCom	Relais communautaire
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SMNI	Services de santé maternelle, néonatale et infantile
SNIS	Système national d'information sanitaire
SONUB	Soins d'obstétrique et néonataux de base
SONUC	Soins d'obstétrique et néonataux d'urgence
TARV	Traitements antirétroviraux
TB	Tuberculose
VIH/SIDA	Virus d'immuno-déficience humaine/Syndrome d'immuno-déficience acquise

Introduction

La mise en œuvre de la CSU correspond à un engagement de l'Etat à donner accès au panier de soins dans les conditions financières fixées par une Loi spécifique. Cela implique que les composantes du panier de soins fassent partie de l'offre de soins disponible et soient accessibles aux bénéficiaires de la CSU. Ici, cela revient à dire que le PMA et le PCA de niveau district sont disponibles pour les bénéficiaires de la CSU. L'offre de soins nigérienne, quels que soient les efforts faits depuis plusieurs années pour l'améliorer, présente encore des lacunes qui posent la question de la disponibilité de tous les services du PMA et du PCA sur tout le territoire. Le PDS 2017-2021 a défini des axes stratégiques censés combler ces lacunes, mais cela demandera un peu de temps et de ressources. Le lancement de la CSU est l'occasion d'apprécier l'effort à faire pour réaliser la mise à niveau du système de soins qui permettrait que l'engagement de l'Etat vis-à-vis des bénéficiaires de la CSU soit tenu.

Cette mise à niveau doit répondre à deux questions, l'une concernant la complétude des services offerts par les formations existantes, l'autre l'amélioration de l'accessibilité aux soins par l'extension du dispositif actuel. En effet, d'une part, il est patent que certaines régions sont défavorisées en termes de disponibilité de l'offre et qu'il faut envisager de créer de nouveaux districts sanitaires, de nouvelles Fosa dans les districts existants et de faire monter en gamme certaines formations (transformation de cases de santé et CSI notamment). Mais, d'autre part, il y a un certain nombre de districts dans lesquels toutes les Fosa ne sont pas fonctionnelles, par manque d'équipements ou de ressources humaines. En outre, bon nombre de Fosa ne sont pas en mesure de fournir aux patients les médicaments qui leur sont prescrits et ceux-ci doivent se les procurer en officine, à des prix supérieurs aux prix publics.

Il y a donc une double problématique lorsqu'on parle de mise à niveau du système de soins. L'une consiste à apprécier l'effort à faire pour améliorer l'existant, l'autre renvoie au nécessaire développement de l'offre sur le territoire pour faciliter l'accès aux services de soins. Les deux volets de la mise à niveau sont évidemment complémentaires. Améliorer l'existant ne résout pas le problème de la distance que doivent parcourir certains groupes de population pour consulter. Mais il est illusoire de construire de nouvelles formations, lorsque celles qui existent ne remplissent pas leur rôle par manque de moyens.

En pratique, il est difficile de négliger l'existant, au moment où la fréquentation des services de niveau périphérique semble stagner, voire diminuer. A cet égard, il y a probablement un déficit de ressources matérielles et humaines, mais aussi un déficit de qualité que la population perçoit très vite en renonçant aux soins ou en trouvant des alternatives peu efficaces. L'amélioration de l'offre existante ne doit probablement pas empêcher de continuer le développement territorial de l'offre, mais la contrainte de ressources financières pèse pour mener à bien les deux voies de mise à niveau du système. Des arbitrages devront sans doute se faire en étalant les deux démarches. Pour cela, il est intéressant d'avoir une idée du coût financier de l'amélioration de l'existant et de celui de l'investissement à réaliser pour étendre l'offre.

A plus d'un titre, l'estimation de ces coûts est délicate. D'une part, on n'a qu'une connaissance partielle de ce qui manque dans les Fosa existantes, du point de vue quantitatif et en termes de qualité de services. D'autre part, l'extension du système actuel là où l'offre est inexistante peut être réalisée en faisant des choix différents, quant à la nature des Fosa à créer que de

l'importance de celles-ci : faut-il passer par le stade de l'implantation de cases de santé, avant de transformer celles-ci en CSI ? Faut-il créer directement des CSI ? Peut-on attendre pour construire de nouveaux HD ? Une stratégie d'extension du système de soins vient d'être produite par le MSP. C'est une référence indispensable, mais son coût est à estimer.

Le présent rapport comprend deux parties. La première est consacrée à l'amélioration de l'existant et la seconde à l'extension de l'offre. En conclusion, on rappelle les étapes à respecter pour mettre en œuvre la CSU, qui dépend de la mise à niveau de l'offre de soins.

Première partie : l'amélioration de l'offre de soins existante au niveau périphérique

L'offre de soins existante

L'offre de soins existante au niveau périphérique comprend, selon l'Annuaire statistique de 2019 :

- 35 HD
- 325 CSI II
- 781 CSI I
- 2422 CS.

Un document récent, le rapport des Comptes nationaux de la santé (CNS 2019), validé en février 2021, indique :

- 72 DS
- 42 HD, dont 37 avec bloc, dont 30 fonctionnels
- 1110 CSI dont 1104 fonctionnels
- 2442 CS dont 2337 fonctionnelles.

Ce sont ces derniers chiffres que l'on utilisera pour les estimations financières

Ces chiffres donnent un cadre très utile pour l'amélioration de l'offre existante, mais ils ne suffisent pas à connaître les raisons pour lesquelles certaines Fosa ne sont pas fonctionnelles : infrastructures déficientes ? Manque d'équipement ? Manque de ressources humaines ?

Pour mesurer l'effort à accomplir et, surtout, pour estimer le coût de cet effort d'amélioration, il conviendrait d'avoir des informations précises sur chacune des Fosa de niveau périphérique. A défaut, il est instructif de se reporter aux enquêtes récentes qui renseignent sur l'état de l'offre de soins existantes. Le rapport SARA (Service Availability and Readiness Assessment, c'est-à-dire Evaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services) et le rapport QoC (Quality of Care), datés tous deux de 2019 apportent là des informations utiles.

Le rapport SARA

L'enquête SARA sur l'évaluation de la disponibilité et la capacité opérationnelle des services, a été conçue par l'OMS et ses partenaires pour évaluer périodiquement¹ la disponibilité et la capacité des services de santé dans les Fosa. Elle a pour objectifs d'évaluer dans les Fosa :

- la disponibilité des infrastructures et la capacité de diagnostic ;
- la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé tels que : les services de soins maternels, néonataux et infantiles (SMNI), les services de lutte contre les maladies transmissibles (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et infections sexuellement transmissibles (IST)), les services de diagnostic et de prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) ; et les autres services de santé spécifiques ;
- la disponibilité en médicaments essentiels et autres produits médicaux.

¹ L'enquête de 2019 est la deuxième du genre, la première ayant été réalisée en 2015.

Elle a été réalisée au moyen d'un échantillon aléatoire de 425 formations sanitaires (Fosa) du Niger. Ces 425 Fosa comprennent : 97 hôpitaux (classés dans la strate 1) et 328 centres de santé intégrés et assimilés (classés dans la strate 2). Au moment de l'enquête, le Niger comptait 1524 Fosa dont 97 Fosa appartenant à la strate 1 et 1427 Fosa appartenant à la strate 2.

La disponibilité d'un service de santé est le pourcentage des Fosa qui offrent ce service.

Le score de la capacité opérationnelle d'un domaine de santé ou d'un service de santé est le pourcentage moyen des éléments traceurs du domaine ou du service de santé qui sont disponibles dans la Fosa.

On reprend ici les principaux résultats du rapport.

La capacité opérationnelle générale des services

Les résultats de l'enquête SARA sur la capacité opérationnelle générale des services indiquent qu'en moyenne 58% de l'ensemble des éléments traceurs des domaines retenus (aménagements et éléments de confort indispensables, équipements essentiels, précautions standard pour la prévention des infections, capacité de diagnostic et médicaments essentiels) sont disponibles dans chaque Fosa au Niger.

Trois de ces cinq domaines contribuent favorablement à la valeur de ce score : i) les équipements essentiels (83%) ; ii) les précautions standard pour la prévention des infections (71%) ; et iii) les aménagements et éléments de confort indispensables (67%). En revanche, les deux autres contribuent faiblement à la valeur du score de la capacité générale des services : i) les capacités de diagnostic (38%) ; et ii) les médicaments essentiels (31%). Ces résultats illustrent la faible capacité des Fosa à disposer de la majorité des médicaments essentiels, ainsi que leur faible capacité à disposer du matériel et produits nécessaires pour diagnostiquer les problèmes de santé des populations.

Les « aménagements et éléments de confort indispensables » retenus sont : source d'énergie, source d'eau améliorée à 500 mètres de la Fosa, salle de consultation privée, installations sanitaires améliorées, équipement de communication (téléphone ou radio ondes courtes), ordinateur et internet ou email, transport d'urgence. On note que seulement 11% des Fosa ont tous ces éléments et que la disponibilité moyenne est de 67%.

Les équipements essentiels retenus sont : balance pour adulte, balance pour enfants, thermomètre, stéthoscope, tensiomètre, source de lumière. L'enquête indique que 34% des Fosa ont tous les éléments et que la disponibilité moyenne est de 83%.

Les précautions standard pour la prévention des infections retenues sont : seringues à usage unique, gants en latex, savon et eau courante ou agent nettoyant à base d'alcool, désinfectant, stockage approprié des déchets infectieux, stockage approprié des déchets perforants, élimination finale des déchets infectieux, élimination finale des objets piquants ou coupants, directives en matière de lutte contre l'infection. L'enquête montre que 13% des Fosa ont tous les éléments et que la disponibilité moyenne est de 71%.

La capacité de diagnostic est définie par les examens suivants : taux d'hémoglobine, glycémie, capacité de diagnostic du paludisme, bandelette urinaire (protéinurie) ; capacité de diagnostic du VIH ; test de diagnostic rapide de la syphilis, test urinaire de grossesse, bandelette urinaire

(glycosurie). L'enquête indique que seulement 3% des Fosa ont tous les éléments et que la disponibilité moyenne est de 38%.

Les médicaments essentiels retenus constituent une liste de 24 molécules. L'enquête montre qu'aucune Fosa n'a la liste complète et que la disponibilité moyenne est de 31%.

Disponibilité et capacité opérationnelle des services spécifiques

La disponibilité et la capacité opérationnelle des services spécifiques ont été évaluées sur la base de 23 services de santé regroupés en trois domaines tels que (i) les services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) ; (ii) les services de lutte contre les maladies transmissibles (VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et IST) ; (iii) les services de diagnostic et de prise en charge des maladies non transmissibles (MNT) ; (iv) les autres services de santé spécifiques.

A) Disponibilité et capacité opérationnelle des services de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI)

« Les résultats de cette enquête révèlent que les services de SMNI sont offerts dans la majorité des Fosa : : 82% des Fosa offrent les services de planification familiale, 81% des Fosa offrent les soins prénatals (CPN), 78% des Fosa offrent les soins obstétricaux de base, et 4% des Fosa offrent les soins obstétricaux complets. Pour la prise en charge des enfants, 95% des Fosa offrent les soins préventifs et curatifs, et 79% des Fosa offrent les services de vaccination de l'enfant. L'offre des services spécifiques à la santé des adolescents est disponible dans 82% des Fosa.

En revanche, la capacité opérationnelle des Fosa à offrir les services de SMNI est variable selon le type de service offert. En moyenne dans chaque Fosa offrant le service, i) 87% des éléments traceurs dédiés aux services de la planification familiale sont disponibles ; (ii) 84% des éléments traceurs dédiés aux services de vaccination de l'enfant sont disponibles ; (iii) 73% des éléments traceurs dédiés aux services des soins obstétricaux complets sont disponibles ; (iv) 67% des éléments traceurs dédiés aux services des soins obstétricaux de base sont disponibles ; v) 66% des éléments traceurs dédiés aux soins de CPN sont disponibles ; vi) 56% des éléments traceurs dédiés aux services des soins préventifs ou curatifs pour l'enfant sont disponibles ; et (vii) 43% des éléments traceurs dédiés aux services de santé de l'adolescent sont disponibles

On a vu qu'en moyenne 31% des médicaments essentiels pour la prise en charge des patients étaient disponibles dans chaque Fosa. En moyenne, 48% des médicaments essentiels dédiés aux mères et 52% des médicaments essentiels dédiés aux enfants sont en stock et non périmés. »

B) Services de lutte contre les maladies transmissibles

Les résultats de l'enquête SARA de 2019 révèlent que l'offre des services de lutte contre le paludisme est disponible dans toutes les Fosa au Niger et que celle des services de soins des IST, des services de conseil du VIH/SIDA, et des services de PTME est disponible dans la majorité des Fosa. »

En revanche, moins d'une Fosa sur cinq offre les services de soins et d'appui en matière de VIH/SIDA, les services de lutte contre la TB, ou les services de prescription des TARV et de prise en charge des PVVIH. L'offre des services de lutte contre le VIH et la TB est disponible dans peu de Fosa au Niger ce qui induit une faible couverture de l'accessibilité aux soins du

VIH/SIDA et de la TB. Il n'y a 24% des Fosa qui offrent les services de lutte contre la tuberculose (TB), 18% qui offrent les services de soins et d'appui en matière de VIH/SIDA ; 11% qui offrent les services de prescription des antirétroviraux (ARV) et de prise en charge des patients vivant avec le VIH (PVVIH).

La capacité opérationnelle des services de lutte contre les maladies transmissibles n'est pas complète. En moyenne dans chaque Fosa offrant le service, i) 70% des éléments traceurs dédiés aux services de conseil (CDV) sont disponibles ; ii) 69% des éléments traceurs dédiés aux services de lutte contre le paludisme sont disponibles ; iii) 64% des éléments traceurs dédiés aux services de soins et d'appui en matière de VIH/SIDA sont disponibles ; iv) 60% des éléments traceurs dédiés aux services de lutte contre la TB sont disponibles ; v) 49% des éléments traceurs dédiés aux services de soins pour les IST sont disponibles ; vi) 44% des éléments traceurs dédiés aux services de prescription des ARV et de prise en charge des PVVIH sont disponibles ; et vii) 41% des éléments traceurs dédiés aux services de PTME sont disponibles. »

C) Disponibilité et capacité opérationnelle des services de diagnostic ou de prise en charge des maladies non transmissibles (MNT)

« Les résultats de l'enquête SARA de 2019 révèlent que l'offre de diagnostic et de prise en charge des MCV ou des MRC est disponible dans environ deux tiers des Fosa fonctionnelles au Niger. En revanche, l'offre de diagnostic ou de prise en charge du diabète n'est disponible que dans un tiers des Fosa et le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé dans 5% de Fosa. De manière globale, l'offre des services des MNT n'est pas généralisée au Niger alors que les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires figurent parmi les 10 principales causes de décès au Niger en 2017 ».

« En moyenne dans chaque Fosa offrant le service, i) 63% des éléments traceurs dédiés pour les services de dépistage du cancer du col de l'utérus sont disponibles ; ii) 40% des éléments traceurs dédiés pour les services de diagnostic ou de prise en charge du diabète sont disponibles ; (iii) 33% des éléments traceurs dédiés pour les services de diagnostic ou de prise en charge des MCV sont disponibles ; (iv) 19% des éléments traceurs dédiés pour les services de diagnostic ou de prise en charge des MRC sont disponibles. »

D) Les autres services spécifiques

« L'analyse des paquets d'interventions offerts par les Fosa montre que : i) 82% des FOSA offrent les services de chirurgie de base ; ii) 7% des Fosa offrent les services de transfusion sanguine; iii) 92% des Fosa de la strate 1 offrent les services de chirurgie complets ; iv) 65% des Fosa de la strate 1 offrent les services d'échographie ; v) en moyenne 44% des éléments traceurs des services de diagnostics avancés sont disponibles dans chaque Fosa de la strate 1 ; vi) 40% des Fosa de la strate 1 offrent les services de radiographie; vii) 33% des Fosa de la strate 1 offrent les services complets de chirurgie; viii) 31% des Fosa de la strate 1 offrent les services d'électrocardiogramme ; et ix) 5% des Fosa de la strate 1 offrent les services de scanner.

En moyenne dans chaque Fosa offrant le service : i) 64% des éléments traceurs dédiés aux services complets de chirurgie sont disponibles ; ii) 52% des éléments traceurs dédiés aux

services de transfusion sanguine sont disponibles ; et iii) 38% des éléments traceurs dédiés aux services de chirurgie de base sont disponibles

L'offre des services de chirurgie de base et des services de chirurgie complets est disponible dans la majorité des Fosa au Niger. En revanche, les services de diagnostics avancés ou les services de diagnostics de pointe sont disponibles dans moins de la moitié des Fosa au Niger. Par ailleurs, on note que les services de transfusion sanguine sont offerts par moins d'une Fosa sur 10. Ces chiffres montrent que l'offre des services spécifiques tels que les services de diagnostics avancés et de pointe et les services de transfusion sanguine est faiblement disponible et devrait être élargie afin de mieux couvrir les besoins des populations. En outre, la capacité des Fosa à fournir ces services doit être améliorée. »

Le rapports QoC

Le rapport QoC présente les résultats de l'évaluation de la qualité des soins offerts aux patients pour une série de services de santé. L'évaluation est issue d'une enquête nationale, réalisée par le Ministère de la Santé Publique du Niger avec l'appui technique et financier de l'OMS et du Fonds Mondial. Les services concernés sont :

- les services de prise en charge du paludisme ;
- les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) pendant les consultations prénatales recentrées (CPNr) ;
- les services de prescription des traitement antirétroviraux (TARV) et de suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) sous TARV ;
- les services de prise en charge de la tuberculose (TB).

« L'objectif de l'enquête QoC est d'évaluer le processus des soins offerts aux patients à partir des domaines suivants : le diagnostic, le suivi clinique et biologique, le traitement et les soins préventifs.

L'objectif principal de l'enquête QoC est de mesurer :

- la conformité aux directives nationales de l'offre de prise en charge des cas suspects de paludisme ;
- La conformité aux directives nationales de l'offre de prise en charge des femmes VIH+ et de leur nouveau-né exposé au VIH pour la PTME ;
- La conformité aux directives nationales de l'offre de prise en charge des PVVIH sous TARV ;
- La conformité aux directives nationales de l'offre de prise en charge des patients atteints de TB

Outre l'objectif principal, l'objectif spécifique de l'enquête QoC est d'évaluer la disponibilité des éléments traceurs des domaines tels que le diagnostic, le suivi clinique et biologique, le traitement et les soins préventifs, pour chacun des services de santé étudiés. »

L'enquête QoC est couplée avec l'enquête SARA² et porte sur un échantillon de 425 Fosa. Mais elle est centrée sur les patients. La population d'étude de l'enquête QoC est constituée de l'ensemble des patients suivis dans le cadre de la prise en charge d'au moins une des maladies suivantes : le paludisme, le VIH et la TB.

L'enquête utilise des éléments traceurs pour chaque service pour apprécier la qualité de prise en charge. Les résultats montrent que l'on est loin de l'optimalité et, grossièrement, on peut dire que la qualité est la moitié de ce qu'elle pourrait être.

« La qualité des soins offerts aux patients pour lutter contre le paludisme, le VIH et la TB est encore loin d'être optimale. En moyenne 52% des éléments traceurs nécessaires pour le suivi approprié des cas suspects de paludisme sont documentés pour chaque patient. Ce score devrait être proche de 100% car le suivi des cas suspects du paludisme repose en principe sur la connaissance de deux éléments traceurs à savoir, le résultat du dépistage du paludisme et la prescription (ou la non prescription) des CTA. (...) L'analyse des prestations offertes pour la PTME montre que 51% des éléments traceurs nécessaires pour une prise en charge appropriée des femmes VIH+ et leur nouveau-né sont renseignés dans le document source. (...) En moyenne 47% des éléments traceurs nécessaires pour la prise en charge appropriée des PVVIH sous TARV sont documentés dans le dossier médical de chaque PVVIH sous TARV. (...) En moyenne 64% des éléments traceurs nécessaires pour la prise en charge appropriée des patients atteints de TB sont renseignés dans le dossier médical et/ou le registre hospitalier de chaque patient. »

Les recommandations pour améliorer la qualité de prise en charge se ramènent à des éléments concernant la formation du personnel et les efforts à faire pour appliquer les directives de prise en charge, notamment par l'enregistrement des informations et la fréquence des prescriptions, en cas de diagnostic révélé par les tests.

L'enquête QoC apporte un complément important à l'enquête SARA qui a pointé les lacunes en matière d'équipement (notamment en vue du diagnostic) et de médicaments. Pourtant, les services étudiés par l'enquête QoC ne devraient pas souffrir d'un manque de ressources physiques, car l'on sait que les PTF fournissent une bonne partie des tests ou traitements nécessaires à leur prise en charge. En revanche, ils mettent l'accent sur les dispositions du personnel soignant, qui renvoient d'une part à la compétence qu'ils doivent acquérir par la formation, d'autre part aux efforts qu'ils doivent consentir pour appliquer les connaissances acquises. Là il s'agit plutôt de questionner la supervision et les incitations que les personnels reçoivent pour mieux prendre en charge les patients.

Appréciation de l'effort de mise à niveau d'après SARA et QoC

Les enquêtes SARA et QoC indiquent clairement qu'une mise à niveau du système de soins est indispensable pour lancer la CSU. Elles apportent des éléments très utiles, mais elles sont à la fois trop détaillées et pas assez spécifiques, car elles ne portent pas que sur des Fosa du niveau périphérique. Les Fosa de la strate 1 sont des hôpitaux où seuls les HD nous intéressent. Les Fosa de la strate 2 mêlent des CSI, des CS et des cabinets privés.

² Et avec l'enquête DQR : Data Quality Review

Pour faire la synthèse des enseignements de SARA et de QoC, on peut se fonder sur la capacité opérationnelle générale des services (tableau 1) pour l'ensemble de Fosa et pour la strate 2

Tableau 1 : capacité opérationnelle générale des services pour l'ensemble de Fosa et pour la strate 2

	Disponibilité de tous les éléments	Strate 2	Disponibilité moyenne	Strate 2
Aménagements et éléments de confort indispensables	11%	8%	67%	65%
Equipements essentiels	34%	32%	83%	82%
Précautions standard pour la prévention des infections	13%		71%	70%
Capacité de diagnostic	3%	2%	38%	35%
Médicaments essentiels.	0%	0%	31%	35%

Idéalement, le score de disponibilité moyenne devrait augmenter de 35% pour les éléments de confort, de 18% pour les équipements essentiels, de 30% pour les précautions standard, de 65% pour la capacité de diagnostic et les MEG. Les composantes des éléments de confort renvoient aux infrastructures, au matériel (équipement) et aux dépenses de fonctionnement. Les composantes des équipements essentiels et des précautions renvoient à du matériel (équipement), à des consommables et des infrastructures. Les éléments constituant la capacité de diagnostic et les médicaments essentiels renvoient aux MEG et aux tests de diagnostic.

Si l'on s'intéresse aux services spécifiques étudiés par SARA et QoC (tableau 2), on trouve globalement un besoin d'amélioration du score moyen de 35 à 50%, qui renvoie à de l'équipement, des compétences du personnel et des médicaments ou produits.

Tableau 2 : capacité opérationnelle de quelques services spécifiques pour l'ensemble des Fosa et pour la strate 2

	Disponibilité de tous les éléments	Strate 2	Disponibilité moyenne	Strate 2
PF	37%		87%	63%
CPN	2%	66%		67%
SONUB	0%	0%	67%	66%
SONUC	2%	-	73%	-
Vaccination	6%		86%	87%
Services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant	0%	0%	56%	56%
Services de soins préventifs et curatifs pour l'adolescent	2%		43%	42%
MEG pour la santé de la mère et de l'enfant	0%	0%	48%	47%

Ces chiffres incitent à proposer un effort moyen d'amélioration qui porte sur les infrastructures, les équipements, le fonctionnement, le personnel et les médicaments. Le problème est d'estimer le coût de cet effort, car ni SARA, ni QoC n'indiquent précisément quelles infrastructures, quels équipements ou quels éléments de fonctionnement courant (MEG inclus) devraient être ajoutés à l'existant.

Il semble assez logique de se référer à la valorisation actuelle des infrastructures, équipements personnels et intrants en HD et CSI, mais on est contraint de faire des hypothèses sur le taux d'augmentation de ces éléments. D'après les scores moyens des enquêtes utilisées, des chiffres indicatifs sont de + 35% pour les infrastructures, les équipements et les dépenses de fonctionnement ; de + 65% pour les médicaments. Pour le personnel, on n'a pas d'indications du même ordre et il faut apprécier les besoins quantitatifs et le besoin de formation pointé notamment par le rapport QoC.

S'agissant des infrastructures, l'effort à faire va porter surtout sur des aménagements et des éléments de confort, dont le coût est sans commune mesure avec la construction de bâtiments neufs. Estimer à + 35% de la valeur des bâtiments neufs le coût de ces aménagements semble excessif. On propose ici de s'en tenir à 5% de cette valeur.

On peut maintenir le chiffre de +35% pour l'équipement et de +65% pour les médicaments et autres intrants. La question des dépenses de fonctionnement est délicate et c'est un point sur lequel les estimations faites ont été partielles. Il faut sans doute prévoir une augmentation des dépenses de base (eau, électricité et communication), mais une augmentation globale de 25% semble suffisante. Il reste l'effort en ressources humaines, que l'on ne peut estimer qu'en référence aux besoins retenus par le MSP en 2019.

Avec ces hypothèses, on ne peut évidemment prétendre qu'à produire un ordre de grandeur du coût de l'effort à faire pour mettre à niveau le système de soins existant en vue de la CSU. Cet ordre de grandeur sera établi en supposant que tout l'effort est fait l'année 0 où sont fixés les tarifs de la CSU (ici 2020). On a vu que ceux-ci avaient été fixés à partir des coûts de production, sur la base d'une activité supérieure à l'activité réelle. Ainsi, on peut admettre que l'augmentation des coûts de production accompagnant l'effort de mise à niveau est déjà prise en compte dans les calculs précédents sur le coût du panier et son évolution.

Estimation de la mise à niveau de l'existant au niveau périphérique et faisabilité de l'effort d'amélioration de l'existant

La mise à niveau de l'existant demande un investissement en infrastructures et équipements, une augmentation des dépenses de fonctionnement, une dotation supplémentaire de MEG qui alimentera un stock à maintenir chaque année, un recrutement de personnels et une formation des soignants, qui devront eux aussi être renouvelés en fonction des départs à la retraite ou pour d'autres motifs. Les hypothèses faites ci-dessus vont être appliquées successivement aux HD, CSI et CS, en laissant de côté le personnel, puis en ajoutant un coût global pour les ressources humaines.

Pour les HD, l'existant comprend 42 établissements, dont 37 ont un bloc chirurgical, dont 30 sont fonctionnels. Comme il y a 72 districts, il faudrait à terme construire 30 HD, mais on peut considérer que l'effort de mise à niveau va consister à atteindre le niveau de 42 HD avec bloc chirurgical fonctionnel, soit 7 améliorations de blocs non fonctionnels et 5 équipements de blocs nouveaux.

A partir des valeurs estimées des 3 HD de l'enquête, on peut estimer à 1 milliard FCFA la valeur d'un HD. Le coût de l'amélioration des infrastructures est estimé à 50 millions FCFA (5%). L'équipement général vaut à l'achat environ 94 millions FCFA. L'équipement du service de chirurgie vaut 145 millions. On prend le coût d'amélioration à 35% de la valeur de l'équipement général, soit 32,9 millions FCFA. L'amélioration d'un bloc est estimée à 50% de la valeur de l'équipement d'un service de chirurgie, soit 72,5 millions FCFA pour 7 HD. La création d'un bloc est estimée à 100% est de 145 millions pour 5 HD. La dépense de fonctionnement est de 20 millions FCFA, soit pour la mise à niveau 25% ou 5 millions FCFA. Pour les médicaments et autres produits, on se réfère à la valeur annuelle des commandes de l'HD de Gaya, soit 92 millions FCFA, que l'on augmente de 65% pour évaluer l'effort de mise à niveau, soit 60 millions FCFA.

Le tableau 3 reprend ces éléments pour un HD et présente le coût de l'effort (hors ressources humaines) pour les 42 établissements, en incluant 5 créations de bloc et 7 améliorations de blocs existants, mais non fonctionnels.

Tableau 3 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des HD existant (hors coût des RH)

Type de coût	Valeur de référence	% de mise à niveau	Coût par HD	Nombre d'HD	Coût total
Infrastructures	1 000 000 000	5%	50 000 000	42	2 100 000 000
Equipement général	94 000 000	35%	32 900 000	42	1 381 800 000
Fonctionnement	20 000 000	25%	5 000 000	42	210 000 000
MEG et autres produits	92 858 041	65%	60 357 727	42	2 535 024 525
Equipement chirurgie (amélioration bloc existant)	145 000 000	50%	72 500 000	7	507 500 000
Equipement chirurgie (création bloc)	145 000 000	100%	145 000 000	5	725 000 000
Total HD					7 459 324 525

Pour les HD, on arrive à un coût de mise à niveau estimé de 7,5 milliards FCFA.

Pour les CSI, l'existant comprend 1106 établissements.

A partir des valeurs estimées des CSI de l'enquête, on peut estimer à 300 millions FCFA la valeur d'un CSI. Le coût de l'amélioration des infrastructures est estimé à 15 millions FCFA (5%)

L'équipement général vaut à l'achat environ 17 millions FCFA. Le coût d'amélioration à 35% de la valeur de l'équipement est de 5,95 millions FCFA.

La dépense de fonctionnement est de 400 000 FCFA, soit pour la mise à niveau 25% ou 100 000 FCFA.

Pour les médicaments et autres produits, on se réfère à la valeur mensuelle des commandes de des districts de Gaya : 10 678 589 FCFA pour 17 CSI, soit 628 152 FCFA par CSI ; et Gotheye : 10 176 540 FCFA pour 18 CSI, soit 565 369 FCFA par CSI. On a retenu la valeur mensuelle de 600 000 FCFA par CSI et par mois ou 7 200 000 FCFA par CSI et par an. L'effort correspond à une augmentation de 65% de ce montant, soit 4 600 000 FCFA.

Le tableau 4 reprend ces éléments et présente l'effort pour les 1106 CSI. On arrive à 28,5 milliards FCFA.

Tableau 4 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des CSI existant (hors coût des RH)

Type de coût	Valeur de référence	% de mise à niveau	Coût par CSI	Nombre de CSI	Coût total
Infrastructures	300 000 000	5%	15 000 000	1106	16 590 000 000
Equipement général	17 000 000	35%	5 950 000	1106	6 580 700 000
Fonctionnement	400 000	25%	100 000	1106	110 600 000
MEG et autres produits	7 200 000	65%	4 680 000	1106	5 176 080 000
Coût total CSI			25 730 000		28 457 380 000

Pour les CS, l'existant comprend 2442 établissements.

A partir des valeurs estimées des CS de l'enquête, on peut estimer à 7,8 millions FCFA la valeur d'un CSI. Le coût de l'amélioration des infrastructures est estimé à 390 000 FCFA (5%)

L'équipement général vaut à l'achat environ 6 millions FCFA. Le coût d'amélioration à 35% de la valeur de l'équipement est de 2,1 millions FCFA.

La dépense de fonctionnement est négligée, faute d'information.

Pour les médicaments et autres produits, on a retenu une valeur de 25% de la valeur pour un CSI (7 200 000 FCFA), soit 1,8 millions FCFA. L'effort correspond à une augmentation de 65% de ce montant, soit 1,17 millions FCFA. Le tableau 5 reprend ces éléments et présente l'effort pour les 2242 CS. On arrive à 8,9 milliards FCFA.

Tableau 5 : estimation du coût de l'effort de mise à niveau des CS existant (hors coût des RH)

Type de coût	Valeur de référence	% de mise à niveau	Coût par CS	Nombre de CS	Coût total
Infrastructures	7 800 000	5%	390 000	2242	952 380 000
Equipement général	6 000 000	35%	2 100 000	2242	5 128 200 000
MEG et autres produits	1 800 000	65%	1 170 000	2242	2 857 140 000
Coût total CS			3 660 000		8 937 720 000

En reprenant les 3 valeurs estimées ci-dessus, le coût de l'effort d'amélioration de l'existant (hors Ressources Humaines) s'élève à 44,85 milliards FCFA :

- Coût HD : 7 459 324 525 FCFA
- Coût CSI : 28 457 380 000 FCFA
- Coût CS : 8 937 720 000 FCFA
- Coût total hors RH : 44 854 424 525 FCFA

Le coût en personnel peut être estimé à partir des besoins de recrutement en 2019 exprimés par la DRH du MSP. L'effectif souhaité est de 3 886 personnes. La valeur annuelle des salaires a été estimée à 9 672 600 000 FCFA. Il est probable que le coût salarial pour le budget est plus élevé, mais il faut aussi tenir compte de ce que les besoins de recrutement correspondent à l'ensemble du système et pas seulement au niveau périphérique. Les informations manquent pour être plus précis, mais on peut partir d'un ordre de grandeur de 10 milliards FCFA, dont 80% correspondraient au niveau périphérique, soit 8 milliards FCFA. Il faudrait ajouter à cela un coût de formation, que l'on peut estimer à 10%, ce qui fait arriver à 8,8 milliards FCFA pour la composante « personnel » de l'effort d'amélioration de l'existant. Ce montant peut être réparti entre HD, CSI et CS, en utilisant les ratios de personnel de l'enquête : 66% pour les HD, 19% pour les CSI et 15% pour les CS. On obtient les coûts totaux d'amélioration suivants par type d'établissement :

- Pour les HD : 13,3 milliards FCFA
- Pour les CSI : 30,2 milliards FCFA
- Pour les CS : 10,3 milliards FCFA.

Au total, on retiendra le chiffre de 53,8 milliards FCFA comme ordre de grandeur plausible de l'effort d'amélioration de l'existant. Grossièrement, le coût d'amélioration du système existant représente la moitié du coût du panier de soins en 2020.

Le besoin d'amélioration de l'existant est incontestable, mais correspond à un effort financier important. Si l'on considère le budget du MSP ces dernières années, on constate qu'il était de 130 milliards FCFA en 2019, 133 milliards FCFA selon la LFI de 2020 et serait à 108 milliards pour 2021. Le budget du MSP reste inférieur à 6% du budget total et l'on voit mal comment il pourrait être augmenté de plus de 50 milliards FCFA en une seule fois.

La seule option acceptable, mais qui suppose déjà un engagement politique fort, est de répartir le coût de l'effort sur plusieurs années. En pratique, on peut proposer un étalement de l'effort sur 5 ans de 2021 à 2025, à raison de 10,8 milliards FCFA par an.

Ces montants pourraient être partagés avec des PTF, mais restent importants pour l'allocation des ressources au secteur.

Deuxième partie : estimation de l'effort d'amélioration privilégiant l'extension du système de soins

L'amélioration de l'existant ne résout pas le problème des zones défavorisées en termes d'accès aux soins. L'option d'extension du système par la construction de nouvelles Fosa est donc légitime et mérite d'être chiffrée.

Un atelier organisé par le MSP début mars 2020, en lien direct avec le GTR, a produit un document sur l'extension du système de soins entre 2020 et 2030, dans la perspective de la CSU. On retiendra du rapport consolidé sur l'extension du système de soins ce qui concerne le niveau périphérique.

De 2021 à 2030, 1150 nouveaux CSI seront disponibles, portant le nombre de CSI à 2371 au 31/12/2030. Il s'agira de 936 transformations de CS en CSI et de 204 constructions nouvelles. Cette extension correspond à un rythme moyen de 115 CSI par an. En outre, on construira 33 HD entre 2021 et 2026 et on dotera tous les HD en incinérateurs modernes.

Le rapport ne chiffre pas le coût de cette extension.

Pour ce faire, il faut établir les coûts paramétriques correspondant à la construction d'HD, CSI et à la transformation de CS en CSI. Le tableau 6 présente les chiffres obtenus à partir de l'enquête ou de données externes.

Tableau 6 : coûts paramétriques pour le chiffrage de l'extension du système de soins

	HD à construire	CSI à construire	CS transformé en CSI
Coût du bâtiment	1 000 000 000	300 000 000	200 000 000
Coût de l'équipement	250 000 000	17 000 000	10 000 000
Coût du personnel	35 000 000	10 000 000	8 000 000
Coût des médicaments et autres produits	150 000 000	1 200 000	12 000 000
Coût total	1 435 000 000	339 000 000	230 000 000

En construisant 33 HD et 204 CSI, en transformant 936 CS en CSI, et sans tenir compte de l'équipement des HD en incinérateurs, on estime à 332 milliards FCFA le coût de l'extension (tableau 6). Celle-ci est programmée sur 10 ans, ce qui implique un investissement annuel entre 2020 et 2030 de 33 milliards FCFA.

Tableau 7 : estimation du coût de l'extension du système de soins

	Coût par type d'établissement	Nombre d'établissements	Coût total
HD	1 435 000 000	33	47 355 000 000
CSI nouveaux	339 000 000	204	69 156 000 000
CS transformés en CSI	230 000 000	936	215 280 000 000
Coût total			331 791 000 000

Ce montant correspond à une augmentation de plus de 25% du budget annuel du MSP, pendant 10 ans.

A moins d'un appui extérieur considérable, l'extension du système de soins, telle qu'elle a été envisagée, ne paraît pas faisable financièrement.

L'extension du système devrait alors être réalisée de façon plus modeste et, à cet égard, le choix entre l'amélioration de l'existant et la construction de nouvelles Fosa doit faire l'objet d'un débat.

On a vu qu'un investissement de 10,8 milliards par an pendant 5 ans n'était pas forcément acceptable du point de vue budgétaire et on doit rechercher une solution hybride entre la nouveauté et l'amélioration de l'existant.

A titre d'exemple, on peut estimer le coût associé à la proposition suivante :

- Renoncer aux nouveaux HD et aux nouveaux CSI ;
- Transformer la moitié des CS envisagés en CSI, soit 468 CS ;
- Rendre fonctionnels et mettre à niveau les 1774 CS restants, les CSI, les HD existants.

Cette proposition entraînerait un coût de 158,4 milliards FCFA, soit, sur 10 ans, 15,84 milliards par an, ce qui, même avec une aide extérieure importante, paraît à la limite des possibilités financières du pays.

Recommandation quant à la mise à niveau du système de soins

Il conviendrait que la question de la mise à niveau du système de soins fasse l'objet d'un débat qui soit fondé : 1° sur la marge de manœuvre budgétaire accordée au secteur en vue de la CSU ; 2° sur les priorités entraînées par la CSU.

Deux éléments devraient être particulièrement pris en considération : le caractère quasi contractuel de la CSU qui sert l'objectif de diminution du paiement direct demandé aux patients qui sont bénéficiaires, l'importance du service de soins comme facteur de confiance dans la CSU.

La CSU, en tant qu'engagement de l'Etat, ne peut s'accommoder d'une grande variabilité du paiement demandé aux patients, a fortiori si une cotisation sociale est demandée à certaines catégories de bénéficiaires. Toutes les prestations annoncées doivent être servies et il n'est pas recommandé, par exemple, que les prescriptions de médicaments entraînent un surcoût pour les patients. En ce sens, améliorer l'existant quant à la disponibilité des MEG dans les Fosa est une priorité de premier rang, qui passe avant l'accessibilité à l'HD, qui, bien que fondamentale, peut toujours être compensée par une allocation de transport.

La population couverte ne se contentera pas d'une carte d'adhérent, si les services de soins n'existent pas ou sont trop incomplets. C'est la confiance dans la CSU qui est en jeu et il faut se souvenir de ce que la difficulté de montage et de pérennisation des mutuelles de santé tient pour beaucoup à la mauvaise qualité des soins. A nouveau, il semble qu'on doive privilégier le bon fonctionnement des Fosa existantes à la construction de nouvelles structures, qui, à leur tour, risquent de n'être que partiellement fonctionnelles.

Conclusion : les étapes de la mise en œuvre de la CSU

Le présent rapport est une contribution à l'appréciation de l'effort à réaliser pour mettre à niveau l'offre de soins du district en vue du lancement de la CSU au Niger. Il s'ajoute à deux autres documents qui portent sur l'estimation des coûts de production dans les HD, CSI et CS et sur le coût du panier de soins et son évolution jusqu'en 2030. Ces documents fournissent un cadre pour la décision sur les points qui conditionnent la mise en place de la CSU : définition des groupes de population éligibles, stratégie de financement, contribution des bénéficiaires au dispositif, architecture institutionnelle. Toutefois, on n'oubliera pas que ces travaux ont été réalisés à partir d'une série d'hypothèses relatives à la CSU : sur le contenu du panier de soins, sur les tarifs pour la CSU, sur l'évolution de la fréquentation des Fosa de niveau périphérique.

Ces hypothèses sont admissibles, mais il serait impossible d'avancer pour la mise en œuvre de la CSU sans officialiser les éléments qui définissent les droits des bénéficiaires et la rémunération des Fosa. Un certain nombre de recommandations sont faites en vue de préparer cette officialisation. On commence par des recommandations spécifiques avant de rappeler les conditions générales favorables à la mise en place de la CSU.

Recommandations spécifiques

La première étape consiste à fixer explicitement le panier de soins. Au niveau périphérique, on a travaillé sur un panier réduit au PMA et PCA, auxquels ont été ajoutés les activités de soins communautaires et les transports en cas de référence. Ce panier fait l'impasse sur les soins de niveau national et se trouve en concurrence avec le panier de la gratuité, évoqué plusieurs fois et avec la liste de pratiques essentielles proposées par l'OMS et la DOS.

Sur les pratiques essentielles, il semble qu'elles ne donnent pas lieu à un panier de soins bien circonscrit et qu'elles se situent dans une perspective très optimiste de fonctionnement du système de soins. Elles proposent plutôt des modèles de prise en charge, dont il sera opportun de s'inspirer et qu'il faudra diffuser à tous les niveaux. En pratique, il s'agira surtout d'étudier, comment définir certaines prises en charge au niveau périphérique en tenant compte des pratiques essentielles pour apprécier les besoins de formation des IDE et son coût financier. Par exemple, il n'est pas certain que les infirmiers soient aujourd'hui suffisamment formés pour détecter les maladies non transmissibles et orienter les patients concernés. On a vu que l'enquête QoC posait la question de la compétence des personnels en matière de diagnostic et suggérait qu'un effort substantiel soit fait dans ce sens. Ainsi, inscrire dans le panier de soins des actes mal maîtrisés par les soignants n'est pas recommandé.

Le panier de la gratuité comprend des prestations de niveau national, pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes, notamment en matière de prise en charge des cancers féminins. Il est envisagé aussi que les accouchements simples entrent dans le panier de la gratuité. L'approche recommandée ici est de s'en tenir à la définition d'un seul panier de soins pour la CSU et d'aborder la question de la gratuité à l'occasion de la conception de la stratégie de financement de la CSU. A cette occasion, certains groupes de population seront exemptés de toute contribution, alors que d'autres auront à payer une cotisation sociale et/ou des tickets modérateurs. Rendre l'accouchement simple gratuit pour toutes les femmes suppose qu'on ait identifié un financement de substitution, pour ne pas mettre cette prestation à la charge des Fosa. Les défauts de la politique actuelle de la gratuité sont précisément l'absence de financement de substitution, puisque la dette de l'Etat à l'égard des Fosa dépasse 55 milliards FCFA. Ajouter encore une prestation à la liste de ce qui est gratuit compliquerait encore la

situation des Fosa, à qui le recouvrement des coûts a été quasiment enlevé et pourrait accroître le reste à charge des patients. La gratuité des accouchements doit donc être étudiée avec soin et une alternative comme la gratuité réduite aux femmes jugées indigentes pourrait être acceptable.

Pour définir explicitement un seul panier de soins, il faut avoir en tête que la CSU incite à une démarche progressive : fixer un panier modeste dont la faisabilité technique et financière est assurée et augmenter petit à petit son périmètre. Une proposition pour commencer est la suivante :

- PMA-PCA (HD)
- Activités de soins communautaires
- Transport des cas référés
- Soins des moins de 5 ans aux niveaux intermédiaire et national en respectant le parcours de soins
- Césarienne, interventions gynécologiques (GEU, rupture utérine, etc.), cancers féminins (sein utérus, annexes) aux niveaux intermédiaire et national en respectant le parcours de soins.

Ce panier modeste peut néanmoins s'avérer trop généreux, vu les estimations faites du coût de mise à niveau du système de soins. Une solution de repli serait par exemple de limiter l'accès aux HD aux seuls cas référés et d'abandonner les niveaux intermédiaire et national. Mais on voit que l'on entre ici dans un débat difficile, dans lequel revenir sur des acquis est douloureux politiquement et où les autorités peuvent se voir accusées de sacrifier la santé à des impératifs budgétaires. Il n'en reste pas moins qu'offrir « sur le papier » un panier non financé et finalement non disponible n'est pas idéal non plus.

Une deuxième étape consiste à fixer une tarification globale des éléments constitutifs du panier pour la CSU en s'inspirant des coûts de production. Pour cela, il faut négocier un partage entre financeurs à partir de l'analyse des coûts de production. Par exemple le personnel d'Etat et une partie des contractuels, une quote-part de l'équipement et des infrastructures seraient payés par l'Etat ; une autre partie des personnels seraient à la charge des collectivités territoriales, si elles ont des moyens ; la contribution des PTF pour une part d'infrastructures, d'équipement et d'intrants serait maintenue ; la charge résiduelle CSU reviendrait aux contributeurs : ménages et Etat pour la part gratuite.

Cette étape s'achève sur la définition la stratégie de financement en fixant un niveau de cotisation, d'éventuels copaiements et en transférant le coût de la gratuité du résiduel CSU pour les ménages à l'Etat et aux collectivités. La question est là de savoir qui a droit à la gratuité dans le cadre de la CSU. Le périmètre actuel et celui qu'annonce la loi sur la protection sociale sur l'exemption de paiement faite aux indigents sont probablement trop généreux. On conçoit que les moins favorisés soient exemptés, mais accorder la gratuité aux femmes et aux enfants des ménages qui ont les moyens de payer une cotisation sociale est plus discutable.

La troisième étape est la mise en place d'une architecture institutionnelle de gestion de la CSU. L'organisme correspondant (ou les organismes correspondants) a (ont) à immatriculer les bénéficiaires, à payer les Fosa et à produire en continu une information technique et financière sur la CSU. Une question importante à cet égard est l'établissement des flux financiers : l'organisme gestionnaire de la CSU collecte-t-il toutes les recettes et paye-t-il l'intégralité des

factures aux Fosa ou bien les Fosa reçoivent-elles plusieurs paiements liés à l'existence de plusieurs financeurs ?

En même temps que le processus de mise en œuvre de la CSU se déroule, le MSP doit mettre à niveau le système de soins. L'étude précédente a clairement indiqué qu'il serait préférable d'améliorer l'existant avant de construire massivement des CSI et des HD, quelle que soit l'utilité de ces établissements. En tout état de cause un programme de mise à niveau et un plan de financement doivent être établis. A cet égard, l'intervention du pouvoir politique est essentielle, pour fixer les arbitrages budgétaires que, spontanément et avec d'excellentes raisons, le MEF pourrait reporter.

Recommandations générales

Cette dernière remarque rappelle que la mise en œuvre de la CSU ne peut être le résultat d'une décision prise à un moment donné et non suivie par l'Etat au plus haut niveau. Il importe de *réaffirmer le portage politique du projet de CSU* et de ne pas laisser le seul MSP ou tout autre Ministère faire seul la traduction pratique et institutionnelle du projet.

Deux marqueurs du portage politique de la CSU sont la présence d'un responsable du suivi du projet au plus haut niveau et l'inscription pluriannuelle de lignes budgétaires traduisant l'engagement de l'Etat. D'après les informations réunies durant cette mission, une ligne budgétaire devrait être dédiée aux remboursements de la dette de l'Etat à l'égard des Fosa à l'occasion de la mise en œuvre de la politique de gratuité ; une autre ligne serait consacrée à la mise à niveau du système de soins ; une dernière ligne serait prévue pour le montage institutionnel de la CSU.

Actuellement le projet de CSU est piloté au niveau politique par un Groupe national qui rassemble les Ministères concernés. Ce groupe devrait se réunir au moins deux fois par an. Relancer ces réunions serait opportun. Il existe aussi un GTR, chargé du pilotage technique du projet. Ce groupe devrait se saisir des questions qui appellent des arbitrages et préparer les décisions en examinant les arguments techniques et en produisant systématiquement un chiffrage financier des options entre lesquelles il faudra choisir. La question de la mise à niveau du système de soins pourrait être mise sur agenda dans les meilleurs délais.

Documentation utilisée

MSP, Normes et standards du système de santé », (2020),

MSP, Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la CSU au Niger, juin 2012

MSP, Stratégie nationale de la CSU au Niger 2021-2030, projet de document et de plan d'action pluriannuel, octobre 2019

MSP, Annuaire de statistiques sanitaires du Niger – année 2016, année 2017, année 2018, 16 octobre 2019, année 2019 (version provisoire)

MSP, Plan stratégique national de santé communautaire, date non précisée

MSP, Enquête sur l'évolution de la qualité de la prise en charge des patients au Niger (QoC) - année 2019, rapport final de l'enquête ; octobre 2019

MSP, Enquête sur l'évolution de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé au Niger (SARA) – année 2018, novembre 2019

MSP, Comptes de la santé, exercice 2019, version finale, 2021

MSP, Plan de développement sanitaire 2017-2021, août 2016

MSP, Rapport consolidé sur l'extension du système de soins, 2020