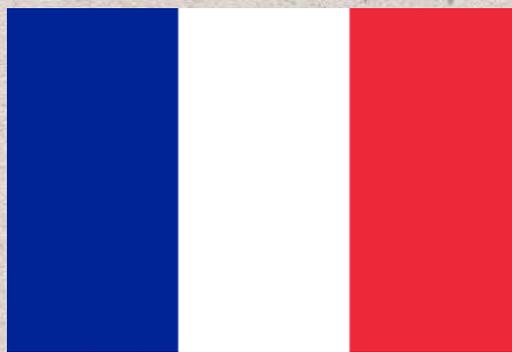


EXPERTISE FRANCE



Assistance Technique en appui à la mise en place de la couverture maladie universelle au Niger

Appui au Ministère de la Santé Publique pour la mise en place d'un
fonds d'achat de prestations de santé – JUILLET 2019



Assistance Technique en appui à la mise en place de la couverture maladie universelle au Niger

Appui au Ministère de la Santé Publique pour la mise en place d'un
fonds d'achat de prestations de santé - Juillet 2019

TABLE OF CONTENTS

1. PERTINENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE AU REGARD DU CONTEXTE SANITAIRE ET SOCIAL AU NIGER	5
1.1 Contexte général.....	6
1.2 Contexte spécifique.....	6
1.3 Développements récents dans le secteur de la santé au Niger.....	9
1.4 Stratégie française et autres projets dans le secteur de la santé au Niger	9
1.5 Objectifs et résultats attendus de l'assistance technique	13
1.6 Enjeux et éléments clés de réussite.....	13
2. MÉTHODOLOGIE	19
2.1 Approche de travail - Cadrage de l'intervention d'Expertise France	19
2.2 Approche technique : Une approche systémique du projet	22
2.3 Pilotage et gouvernance du projet : l'unité de coordination du projet (UCP)	22
2.4 Le phasage du projet.....	23
2.5 Le management du projet : l'équipe projet.....	26
3. MISE EN ŒUVRE DE LA METHODOLOGIE	29
PHASE DE CLÔTURE	37
4. L'EQUIPE D'EXPERTS PROPOSES.....	38
5. CALENDRIER	40
a) Calendrier par expert.....	40
b) Calendrier par activités	41
6 ANNEXES	42
Ingénieur, économiste de la santé	43

LIST OF ACCRONYMS

AFD	Agence Française de Développement
AMOV	Assistance à Maitrise d'Ouvrage
AT	Assistance Technique
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHIS2	District Health Information System 2
DNS	Dépense Nationale de Santé
EF	Expertise France (Agence Française d'Expertise Technique Internationale)
FBR	Financed Based Results
FMI	Fonds Monétaire International
FSSN	Fonds de Social Santé au Niger
GTN	Groupe de Travail National
GTR	Groupe de Travail Restreint
I3S	Initiative Solidarité Santé Sahel
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs du Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P4H	Initiative « Providing For Health »
PDES	Programme de Développement Economique et Social
PIB	Produit Intérieur Brut
PNSS	Politique Nationale de Sécurité Sociale
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
SDSI	Schéma Directeur du Système d'Information
SI	Système d'information
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
UCP	Unité de Coordination de Projet

1. Pertinence de l'assistance technique au regard du contexte sanitaire et social au Niger

Le Niger s'investit depuis près de 10 ans dans le développement de son système de protection sociale dont la stratégie est matérialisée dans la Politique Nationale de Protection Sociale (PNSS) adoptée en 2011.

La couverture maladie constitue une composante essentielle de tout système de protection sociale afin de permettre à l'ensemble de la population d'avoir un accès équitable à des services de santé¹ de qualité, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

C'est ainsi que les Objectifs du Développement Durable (ODD) consacrent l'atteinte d'une couverture universelle (CSU) dans chaque pays comme une priorité, en particulier à travers l'objectif 3.8 « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » et 3.c « Accroître considérablement le budget de la santé, le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement ».

Au Niger, la protection sociale couvre la maladie au travers de la couverture des accidents et maladies professionnelles et la maternité sous l'égide de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les travailleurs de l'économie formelle. La couverture maladie touche ainsi seulement une minorité de la population puisque la grande majorité évolue dans l'économie informelle. Cependant le Niger a mis en place une politique de gratuité depuis près de 13 ans qui touche aujourd'hui un quart de la population et tous les foyers à travers la prise en charge des services de santé pour les enfants de moins de 5 ans et la consultation prénatale (arrêté n°79 de 2006), la césarienne (décret n°2005-316 et arrêté n°015 de 2006), les contraceptifs et préservatifs (arrêté n°065 de 2006), et les prestations liées aux cancers féminins (Décret 2007-261). Elle constitue une politique publique portée au plus haut niveau bien qu'elle n'ait pas toujours bénéficié des moyens financiers suffisants à sa réelle opérationnalisation, avec pour conséquence une effectivité parfois relative, voire à certains égards une fragilisation du système de santé lui-même. Ce dispositif nécessite d'être renforcé pour devenir totalement opérationnel.

. La politique de gratuité qui accueille le soutien de nombreux acteurs constitue une strate de la CSU et le Niger doit investir dans le secteur de la santé pour poser les bases solides qui permettront d'aller vers la CSU.

L'enjeu est donc aujourd'hui d'arriver à mettre en place un système pérenne et efficace de tiers payant afin de réduire l'avance des frais de santé et le reste à charge de la population nigérienne qui demeure très élevé : 54.85% de la dépense publique de santé selon le neuvième rapport des comptes de la santé consacré à l'exercice budgétaire 2016. Il s'agit par ailleurs de définir le modèle de financement de la santé au Niger qui doit avant tout être issu de ressources domestiques, ainsi que la feuille de route pour parvenir aux objectifs fixés.

¹ Selon la définition de l'OMS, les « services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin ».

1.1 Contexte général

Le Niger est un pays d'Afrique de l'Ouest, membre de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO). C'est un vaste pays de 1,27 million de kilomètres carrés, avec une population estimée à près de 21,5 millions d'habitants et un taux de croissance démographique moyen qui est un des plus élevés au monde, estimé à 3,9% par an en 2017. A ce rythme, la population nigérienne doublera tous les 18 ans. Cette évolution pose le défi de la satisfaction des besoins croissants en services essentiels, y compris en santé.

Le territoire est constitué au trois quart des déserts du Sahara et du Sahel. La population se concentre principalement dans le sud du pays et vit à 82% en zones rurales. Les femmes représentent 49,7% de la population totale et près de la moitié de la population (49 %) est âgée de moins de 15 ans.

Le Niger s'est doté en 2012 d'un « Programme de développement économique et social 2012-2015 » (PDES) très complet, dont le propos est de fixer les perspectives et les stratégies de développement économique et social du pays.

La croissance économique est aujourd'hui très instable en raison de la forte dépendance à l'égard de l'agriculture, en particulier pluviale et à l'élevage, qui contribuent respectivement à environ 28 % et 11 % du PIB, et fournissent des moyens de subsistance à la majorité de la population. Aussi malgré une croissance économique globale ces dernières années, l'incidence sur la réduction de la pauvreté est faible car l'agriculture est le secteur qui a enregistré la croissance la plus modeste.

Le Niger reste ainsi relativement fragile et en sus d'une base limitée de ressources agricoles et humaines, continue d'être touché par plusieurs conditions météorologiques défavorables et d'autres facteurs, qui représentent de réels obstacles à son développement harmonieux (44,1 % de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté) plaçant ainsi le Niger en bas de l'échelle de l'indice de développement humain du PNUD (189/189 pays) en 2017, avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 10 153 dollars en parité du pouvoir d'achat (PPA) en 2017 (FMI). Néanmoins, si elle est bien gérée, l'exploitation des importantes ressources minérales et pétrolières du Niger pourrait offrir des opportunités économiques importantes.

Les conflits dans les pays voisins posent des défis sécuritaires, économiques et humanitaires et exposent le pays à des risques macroéconomiques importants. Le pays est confronté à une augmentation des problèmes de sécurité à ses frontières dus à diverses menaces externes, à commencer par l'insécurité en Libye et les répercussions de la crise au Mali, qui détournent l'attention et les ressources du développement. Ces conflits sont à l'origine d'un retour important de travailleurs migrants et de réfugiés, ainsi que de la perturbation des échanges commerciaux et des investissements. Ce contexte ne favorise pas les efforts de développement déployés par le gouvernement.

1.2 Contexte spécifique

Le système de santé au Niger est confronté à de nombreuses difficultés accentuées par la situation sécuritaire instable. Les grandes pandémies demeurent très présentes. Le paludisme reste ainsi un problème majeur et représente 30% de toutes les morbidités enregistrées en 2016. Le VIH a un taux de prévalence de 0,4 % avec un pourcentage beaucoup plus élevé en milieux urbains et la tuberculose, qui affecte principalement les 15-54 ans, connaît une résistance aux traitements en augmentation.

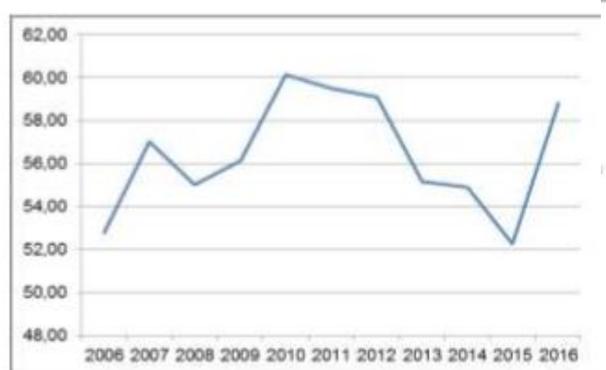
Une baisse de la Dépense Nationale de Santé corrélée à une diminution des transferts d'origine étrangère

Selon le *neuvième rapport des comptes de la santé* consacré à l'exercice budgétaire 2016, la Dépense Nationale de Santé (DNS) est estimée à 296,655 milliards de FCFA en 2016, soit une baisse de 9,25% par rapport à 2015 (326,908 milliards de FCFA), corrélée notamment à une baisse des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique qui ont représenté 12,95% des dépenses courantes de santé contre 14,26% en 2015. Cela revient à des dépenses totales de santé qui s'établissent à hauteur de 14 933 francs CFA par habitant, soit 30 \$US, un montant faible pour couvrir les besoins en santé et qui montre l'importance de rechercher l'efficacité et de définir les priorités.

Le financement du système de santé ne permet ainsi pas de couvrir la demande de soins avec une part du budget de l'Etat alloué au secteur de la santé de 5.73% en moyenne ces dernières années et un taux de paiement direct des ménages à hauteur de près de 59% des dépenses totales en santé. Cette dépense nationale de santé est ainsi supportée à plus de la moitié par les ménages, ce malgré la politique de la gratuité des soins.

Un effort vers une plus grande participation du budget de l'Etat à la santé

On note cependant un effort de la part du gouvernement en 2017-2018 vers une participation à hauteur de 10% du budget de l'Etat, louable dans un contexte de pressions multiples, même si ceci ne correspond qu'à l'inscription dans la Loi de Finances. La part des ressources domestiques allouée à la santé dans le total des dépenses de gouvernement a eu tendance à baisser entre 2014 et 2016 et il est évident que l'investissement domestique représente un enjeu majeur dans la pérennité du système.



Graphiques 1 et 2 : Rapport P4H, « Exemption de paiement des soins de livres aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger (...), Août 2018, Evolution des inscriptions au budget de l'Etat (à gauche) et du paiement direct des ménages sur le total des dépenses courantes de santé (à droite)

Les caractéristiques de la répartition de la Dépense Nationale de Santé

La dépense nationale de santé est dominée par les soins curatifs hospitaliers, avec une place de 34,51% des dépenses courantes de santé en 2016 pour les hôpitaux et les centres ambulatoires, dont la part des hôpitaux était de 27,45% et celles des prestataires de soins ambulatoires de 7,07%. Le taux de césarienne est relativement faible (1,9% des grossesses attendues).

Aussi, le rapport des comptes de la santé fournit des statistiques sur certaines thématiques telles que la lutte contre le paludisme dont les dépenses en 2016 ont été principalement supportées par les autres revenus nationaux non classés ailleurs à hauteur de 38,207 milliards de francs CFA ; la lutte contre la tuberculose dont les dépenses courantes consacrées ont été évaluées à 842,350 millions de CFA en 2016 soit 0,30% ; et les dépenses liées au VIH/sida estimées à 1,036 milliards de FCFA soit 0,37% contre 2,261 milliards en 2015.

L'apport de la politique de « gratuité »

Malgré tout la politique de gratuité a permis d'augmenter la fréquentation des services de soins de santé et très certainement de réduire la morbidité et la mortalité pour les populations cibles.



Graphique 3 : Place de la « gratuité » dans le dispositif de Protection sociale – Rapport P4H, Août 2018

Selon le rapport 2015 de la Commission économique pour l'Afrique² « le Niger fait partie des pays qui ont réduit leur taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) d'au moins 60 %, ou sont sur le point d'atteindre la cible des deux tiers de réduction du TMM5. Cette situation a valu au Niger d'être classé parmi les trois premiers pays ayant fait des efforts significatifs de réduction de la mortalité infanto-juvénile lors de l'évaluation finale des OMD en 2015 ».

La politique de gratuité a toujours été considérée comme essentielle au Niger, d'où des inscriptions au budget conséquentes. La gratuité est un système qui remplace en partie le recouvrement des coûts par un financement de l'Etat. Malheureusement les remboursements des structures de soins et des patients pour les frais avancés dans le cadre de la politique de gratuité ont rarement suivi les inscriptions de la Loi des Finances et les structures sanitaires se trouvent pénalisées dans leur fonctionnement sans remboursement.

L'Etat finançant par ailleurs les salaires et accordant des subventions aux hôpitaux, la nécessité et l'urgence de ces transferts monétaires n'apparaît pas toujours avec évidence pour les décideurs. Le Rapport P4H indique une nécessité de vulgarisation auprès de ces derniers concernant le coût additionnel de la provision de soins et la nécessité de le rapporter à la capacité contributive des populations, afin de corréliser clairement la CSU au financement public³.

La dernière analyse en date sur le sujet⁴ valorisée dans ce même rapport de la mission P4H, reprend les éléments essentiels de la mobilisation des fonds :

« En 2006, l'Etat a alloué un montant de 704 millions CFA aux formations sanitaires pratiquant la césarienne (pour compenser l'exemption de paiement). La loi de finances 2007 incluait une ligne «

² Extrait du Guide M&E PDS 2017 – 2021 qui cite le rapport 2015 de la Commission économique pour l'Afrique

³ Rapport P4H « Exemption de paiement des soins de livres aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture santé universelle », Alexis Bigeard, OMS/AFRO/IST-WA/HSS/HF, Août 2018

⁴ Hera/Rapport final – version du 3 Avril 2018 / Evaluation I3S / Niger, p13

gratuité » de trois milliards CFA (dont un tiers venant de l'aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 70 millions CFA. La loi de finances 2008 incluait une ligne gratuité de 7,8 milliards CFA (dont 13% sur aide budgétaire de l'AFD), mais l'engagement de l'Etat s'est limité à 2,9 milliards CFA. En 2009, la ligne budgétaire était réduite à 4 milliards CFA alors que le coût de la compensation était estimé à 8,3 milliards. De 2006 à 2011, les arriérés s'élevaient à 16 milliards CFA. (...)En 2017, la ligne budgétaire « gratuité » du MSP était de 7 milliards CFA¹⁶³ 164 (8 milliards en 2016, avec un taux d'engagement de 50%). »

Toujours selon ce rapport, on atteindrait en 2017 « un cumul d'arriérés s'élevant à plus de 40 millions d'euros », soit désormais environ 30 milliards à la mi-2018. Il semble également que le niveau District n'ait rien reçu en 2017, voire depuis plusieurs années comme c'est le cas à Tillabéry.

Il ressort que l'Etat ne réussit pas à tenir totalement son engagement à rembourser les factures, et que la situation est devenue d'autant plus critique depuis 2016 au moins pour les Districts sanitaires. Il ressort également que les paiements par le Trésor ne suivent pas une fréquence régulière, avec des conséquences désastreuses pour les formations sanitaires. Par conséquent la gratuité des soins est devenue relative. Certains médicaments et autres intrants doivent être achetés. Par ailleurs, Les contraceptifs et préservatifs ne font pas l'objet d'un tiers-payant. L'effectivité de la gratuité est in fine partielle bien qu'elle ne soit pas mesurée. On sait néanmoins que la part des paiements directs des ménages dans le total des dépenses de santé globalement n'a pas diminué entre 2006 et 2016.

S'il ne s'agit pas de remettre en question la gratuité reconnue comme une politique nationale importante, face à ces difficultés, des interrogations sont soulevées quant aux modalités de sa mise en œuvre. Certains acteurs souhaitent revenir au recouvrement des coûts, alors que d'autres considèrent que seuls les démunis devaient être exemptés. Cela renvoie à la question de la priorisation dans le chemin vers la CSU. Ce débat n'est pas facilité en raison du manque de moyens d'analyses dus à la fragilité du système de tiers payant à ce jour. Il apparaît en tout cas nécessaire qu'un véritable effort et investissement soit fait de la part de l'Etat avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF)⁵.

1.3 Développements récents dans le secteur de la santé au Niger

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) a créé par son arrêté 00232 /PM du 05 décembre 2014 un groupe de travail national (GTN) chargé de conduire le processus de mise en œuvre de la Couverture Universelle en Santé (CUS). Le GTN est l'organe d'orientation de tous les acteurs de la CUS au Niger avec pouvoir de coordination, de pilotage de mise en œuvre et de contrôle de l'exécution des programmes.

Depuis le MSP a créé plusieurs groupes de travail afin de suivre les travaux sur la CSU en articulation avec l'appui des PTF. Le MSP a ainsi créé plus récemment le Groupe de travail restreint (GTR) par arrêté 00309/MSP/SG/DEP/DF du 19 mars 2018 chargé d'assister le groupe de Travail National (GTN) conduisant le processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle au Niger (CSU).

1.4 Stratégie française et autres projets dans le secteur de la santé au Niger

La France appuie le Niger depuis plusieurs décennies notamment à travers l'initiative Santé Solidarité Sahel (I3S) qui vise à améliorer l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans dans les pays du Sahel

⁵ Voir Annexe 1 – Les conditions du maintien de la gratuité et les modalités proposées, Rapport P4H, Août 2018.

et plus récemment dans le cadre de l'initiative présidentielle pour la santé en Afrique à l'initiative du Président de la République Française.

Le présent appui s'inscrit dans la continuité des appuis réalisés précédemment dans le cadre de l'initiative I3S depuis 2013 en articulation avec l'assistance complémentaire fournie par Providing for Health (P4H) dans les réflexions pour la mise en place de la CSU.

L'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)

Lancée en mai 2013 par le Ministre Canfin, l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S) visait à faciliter l'accès financier aux soins pour les enfants de moins de 5 ans dans les pays du Sahel en accompagnant les pays politiquement engagés dans la mise en place de systèmes solidaires d'accès aux soins. Sur les six pays initialement ciblés (Sénégal, Mali, Niger, Tchad, Burkina Faso et Mauritanie), seuls les quatre premiers ont finalement bénéficié de l'initiative. L'I3S est financée par le Fonds de solidarité pour le développement (FSD) pour un montant de 30 millions d'euros confié en gestion à l'Agence Française de Développement (AFD) selon les modalités appliquées aux projets financés sur le programme 209.

La convention de financement du Projet I3S au Niger a été signée le 18 juillet 2014 pour une durée de quatre ans et un montant de 6 millions d'euros. L'avenant à cette convention signé en mars 2017 a repoussé la date limite d'utilisation des fonds à fin juin 2019 ; un nouvel avenant signé en mai 2019 la repousse à fin Juin 2020.

L'objectif du programme I3S au Niger est d'améliorer l'état de santé des enfants de moins de cinq ans en favorisant leur accès aux soins de santé. L'objectif spécifique du programme (tel que conçu initialement pour le Niger) est le renforcement et la pérennisation du mécanisme d'exemption de paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans en place depuis 2006, à travers l'appui à la mise en œuvre d'un *fonds social santé au Niger* (FSSN)/mécanisme d'exemption du paiement des soins.

Les stratégies retenues alors étaient : (1) une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons de l'administration ; (2) une simplification et une sécurisation du circuit des factures (déconcentration de la validation et du paiement des factures à l'échelon départemental ou régional) ; et (3) la mise en place de mécanismes de financement innovants et pérennes assurant la pérennité des exemptions de paiement.

Il était prévu deux phases :

- une phase initiale de 6 mois destinée à accompagner les autorités sanitaires dans la finalisation du dispositif d'exemption : mise en place d'une assistance technique en appui au MSP (assistance à maîtrise d'ouvrage – AMOV), audit de la gratuité, analyse des coûts réels des soins pour les enfants de moins de cinq ans, et un atelier régional pour définir le mécanisme déconcentré ;
- une seconde phase d'opérationnalisation du dispositif de gratuité révisé.

Le premier contrat avec l'AMOV a été signé en décembre 2015. Se greffant sur la stratégie nationale de la gratuité, les principales activités se sont alors focalisées sur la recapitalisation (en intrants) et sur la comptabilisation des arriérés de paiements des factures « gratuité » des formations sanitaires de la région de Dosso, ce qui a permis d'aboutir fin 2016/début 2017 aux dotations additionnelles en intrants et au paiement d'une partie des arriérés des factures « gratuité » 2014 et 2015. **Ainsi le dispositif d'exemption n'a pu être finalisé et le FSSN n'a pas encore été créé, ce qui justifie le présent appui.**

Pour donner suite aux recommandations de l'atelier de Dosso (janvier 2016) validées par le Comité de pilotage du projet I3S du 4 juillet 2016, le MSP a créé par son Arrêté 328 du 2 septembre 2016 un

groupe de travail chargé de la révision du mécanisme de l'exemption de paiement des prestations de santé. Le groupe de travail a pour mission d'améliorer le mécanisme et de créer les conditions de sa pérennisation par l'élaboration d'un mécanisme déconcentré et décentralisé avec un circuit simplifié et fiable d'établissement, de validation et de paiements des factures de gratuité :

- Simplifier et maîtriser le circuit de production, de validation et d'engagement des factures en s'appuyant sur les processus de déconcentration et de décentralisation ;
- Conceptualiser l'ordonnancement, la vérification, l'apurement et le paiement des factures à l'échelon régional ou départemental ;
- De proposer un mécanisme révisé d'exemption de paiement des soins à tous les échelons de l'administration.

Ce groupe de travail s'est réuni en atelier du 20 au 23 octobre 2016, et les résultats de leur travail (« *Document d'options et de propositions pour l'amélioration du mécanisme d'exemption de paiement des soins de santé au Niger* ») ont été discutés lors de la deuxième réunion du groupe de travail le 26 octobre et lors de la réunion du comité technique I3S du 27 avril 2017. Ils ont été validés lors du comité de pilotage I3S du 31 août 2017.

Providing For Health (P4H)

Une mission d'expertise de P4H (réseau international hébergé par l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS, et réunissant les principaux partenaires techniques et financiers dont l'AFD, autour du plaidoyer vers la CSU) a eu lieu en juillet 2018 pour redynamiser la réflexion. **La principale recommandation conjointe issue de la mission du réseau P4H concerne la mise en place d'un fonds d'achat avec une structure de gestion de tiers payant et de s'assurer de la séparation des fonctions de décision, d'exécution et de contrôle pour les politiques de gratuité.** Cette recommandation fait échos à la proposition initiale de FSSN qui avait été faite dans le cadre du projet I3S. C'est aussi une reconnaissance du bien-fondé de la politique du gouvernement sur la gratuité et la priorité donnée aux femmes et aux enfants dans l'accès aux soins de santé.

Suite à cette mission le MSP a commandité à l'OMS une étude « pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes assurantiels dans la perspective de la mise en place d'une Couverture du Risque Maladie Universelle au Niger ». Il était prévu que cette étude fasse l'objet de deux rapports dont le premier « *Exemption de paiement des soins de livres aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture sante universelle* » a été réalisé en août 2018 par Alexis Bigeard, Conseiller en Politique de Financement pour la CSU à l'OMS. Ce premier rapport traite spécifiquement de la politique de gratuité ainsi que de la place de celle-ci dans la perspective de la couverture du risque maladie universelle au Niger ou « protection contre le risque financier ». Les principales conclusions de ce rapport sont reproduites en *Annexe 1*. Ce travail d'analyse et les recommandations faites proposent un chemin pour rendre la gratuité fonctionnelle et l'inscrire dans une trajectoire CSU. Un second rapport doit être produit sur les autres « gratuités » ainsi que les autres mécanismes de couverture du risque maladie. ***Nous ne savons pas si ce second rapport a déjà été produit.***

L'Initiative Présidentielle pour la santé en Afrique

Dans le cadre de l'initiative présidentielle pour la santé en Afrique lancée en 2019 à l'initiative du Président de la République Française, la France renouvelle son engagement en faveur du renforcement des systèmes de santé dans les pays du Sahel.

Face aux fragilités constatées des systèmes de santé, notamment en Afrique de l'Ouest et du Centre et afin de renforcer l'efficacité de l'investissement massif consacré par la France au Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, il a été décidé d'obtenir une orientation plus claire et mieux adaptée des programmes du Fonds mondial vers l'Afrique subsaharienne francophone, en s'appuyant sur une initiative bilatérale présidentielle pour la santé en Afrique.

Cette initiative se compose de deux volets complémentaires:

- a) Une incitation au niveau politique d'obtenir des engagements des pays partenaires à augmenter la part du budget national alloué aux questions de santé. Une telle évolution pourrait être mise en valeur lors de la sixième conférence de reconstitution du Fonds Mondial qui doit se tenir à Lyon en octobre 2019.
- b) Un renforcement du partenariat technique et financier pour cinq États africains disposés à s'engager davantage en faveur de la santé dont le Niger.

Ce volet se traduit notamment par la mise à disposition d'un assistant technique auprès du MSP du Niger, sous l'autorité du Secrétariat Général du MSP, pour une durée de 12 mois, avec comme responsabilité de:

- Renforcer la capacité des équipes du MSP dans leur rôle de bénéficiaire principal (subvention TB/RSS – voir *infra*) et sous-bénéficiaires (Paludisme et VIH) des subventions du Fonds mondial ;
- Appuyer la stratégie programmatique du MSP dans la mise en œuvre d'une gestion intégrée des programmes de santé ;
- Soutenir la mobilisation et la gestion de ressources domestiques et contribuer à la proposition d'options de financement complémentaire du budget de la santé par des fonds nigériens ;
- Appuyer la coordination des acteurs nationaux et internationaux en santé et harmoniser les contributions des partenaires techniques et financiers apportées au ministère de la santé.

Autres appuis étrangers

Outre l'appui de l'AFD, le Niger a bénéficié de l'appui financier de l'Union Européenne. Par ailleurs les coopérations allemande et belge, ainsi que la Banque Mondiale, soutiennent divers mécanismes de Financement basés sur les résultats (FBR).

Par ailleurs le MSP est pour la première fois depuis début 2019, le bénéficiaire principal d'une subvention du Fonds mondial (subvention TB/RSS) avec un budget de 17 ME. Une unité de gestion spécifique a été créée pour gérer la mise en œuvre de cette subvention. La gestion de cette subvention se fera conformément aux procédures du Fonds Commun mis en place en 2006 entre l'AFD et la Banque Mondiale, soutenu aujourd'hui par l'UNFPA, l'Unicef et la coopération espagnole pour un montant de 174 ME. A terme, l'Unité de gestion intégrera le Fonds commun.

Gavi est aussi impliqué avec un mécanisme adapté qui lui permet de suivre spécifiquement ces subventions.

1.5 Objectifs et résultats attendus de l'assistance technique

Dans la continuité des interventions précédentes, cette assistance technique vise plus précisément à :

Objectif général

Appuyer le gouvernement du Niger dans la mise en œuvre de sa feuille de route pour aller vers la CSU et en particulier, dans la mise en place d'un tiers-payant pour les politiques de gratuités de soins.

Objectifs spécifiques

OS1 : Faciliter le dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger entre les ministères et les PTF concernés avec un focus sur la création et le financement d'un fonds d'achat pour la gestion de la gratuité et du FBR

OS2 : Appuyer le MSP dans la mise en place du fonds d'achat dans la perspective de la mise en place d'une agence de l'assurance maladie universelle.

Ces deux objectifs spécifiques doivent permettre d'atteindre les résultats suivants tels que présentés dans les termes de référence de la mobilisation de l'« Assistant technique en appui à la mise en place de la couverture maladie universelle au Niger »:

OS 1 - Appuyer le gouvernement du Niger dans la mise en œuvre de sa feuille de route pour aller vers la CSU et en particulier, dans la mise en place d'un tiers-payant pour les politiques de gratuités de soins.	
R 1.1	Un appui continu au groupe de travail Restreint (GTR)
R 1.2	Le comité de pilotage (GTN) entre les PTF et les ministères concernés par la CSU et la gratuité des soins fonctionne
R 1.3	Les expériences pilotes menées au Niger sont partagées et les synergies entre elles sont promues
R 1.4	Les produits du réseau P4H sont développés au Niger par l'expert en tant que point focal de ce réseau
OS 2 - Appuyer le MSP dans la mise en place du fonds d'achat dans la perspective de la mise en place d'une agence de l'assurance maladie universelle.	
R 2.1	Le cadre institutionnel et fonctionnel du fonds d'achat est précisé et validé par le gouvernement
R 2.2	Un système d'information à mobiliser pour le Fonds d'Achat est défini et validé
R 2.3	Un plan de formation est établi et adopté au sein du MSP et des structures concernées ou impactées par la mise en place du Fonds d'Achat
R 2.4	Une coordination technique est assurée tout au long du processus d'appui institutionnel au développement et au renforcement des capacités du MSP

1.6 Enjeux et éléments clés de réussite

Au vu des objectifs visés et résultats attendus, l'enjeu de cette nouvelle phase est de parvenir à faire avancer les discussions vers la mise en œuvre opérationnelle d'une réelle stratégie de la mise en place de la CSU et la mise en place effective d'un mécanisme solide et pérenne de tiers payant. La réflexion ne doit ainsi pas se limiter à la seule politique de gratuité et l'opérationnalisation de celle-ci dépend sans doute de la capacité à l'inscrire dans une réflexion plus globale.

Enjeux en lien avec l'OS1 :

Le chemin vers la CSU est long et nécessite la mise en place d'une stratégie nationale pour l'atteindre. Outre l'implication de nombreux acteurs institutionnels locaux, plusieurs partenaires appuient le MSP

au Niger et il convient d'assurer une coordination régulière et efficace entre les différents acteurs pour unir les efforts et mener un véritable dialogue stratégique sur le financement de la santé qui devra amener à des actions concrètes et opérationnelles.

Gouvernance du dispositif et articulation des différentes interventions

Le comité technique (ou comité de pilotage de la CSU)

La prise de décision sur le dispositif a d'abord été la responsabilité du « **Comité de Pilotage et de Suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins** » créé par Arrêté n°132/MSP/DGSP/DOS/CGS du 7 Mai 2010 sous la présidence du DGSP/MSP puis du « **Comité technique chargé du suivi de la mise en œuvre de la gratuité des soins au Niger** » mis en place en 2014 sous la présidence du SG/MSP⁶.

Le Comité de Pilotage et de suivi de 2010 était en charge de « la veille sur l'utilisation des outils et le remboursement des soins et la proposition de solutions aux problèmes rencontrés ». Le Comité technique créé en 2014 est chargé de « la mise en œuvre des recommandations de la conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger » mais aussi « de traiter toute question relative à la gratuité à lui confiée par le Ministre de la Santé Publique ». Selon le rapport P4H d'août 2018, avec une composition multisectorielle et présidé par le SG/MSP, le Comité technique aurait remplacé dans ses attributions le Comité de Pilotage composition, même si les textes ne l'explicitent pas. **Il semble que ce Comité ne se soit plus réuni depuis longtemps. Il conviendra donc de voir comment le réactiver si cela apparaît pertinent.**

Les groupes de travail

Plusieurs groupes de travail ont par ailleurs été mis en place ces dernières années pour conduire le processus de mise en œuvre de la CSU : le **Groupe de travail national (GTN)** et plus récemment le **Groupe de travail restreint (GTR)**.

Il semblerait qu'une confusion apparaisse dans les termes de références du projet, entre le GTN et le comité de pilotage (Voir R.1.2 dans le tableau précédent). S'il s'avérait que dans les faits il ne s'agisse en effet que d'un seul et même Comité, le pilotage de la CSU s'en verrait simplifié.

Le GTN a un rôle d'orientation stratégique de tous les acteurs de la CUS au Niger avec pouvoir de coordination, de mise en œuvre et de contrôle de l'exécution des programmes. Il joue le rôle de comité de coordination national et doit assurer un rôle moteur dans la redynamisation du **comité de pilotage sur la CSU** (Comité technique) et l'articulation du dialogue stratégique entre partenaires nationaux, internationaux et les ministères clé pour apporter des contributions constructives avec un souci de neutralité. Il doit notamment permettre d'établir des liens et stimuler des échanges réguliers avec les autres mécanismes de coordination des partenaires internationaux en matière de santé, de protection sociale, de finances publiques et d'autres secteurs pertinents, et faire des propositions pour coupler la politique de gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé notamment pour assurer l'articulation avec les autres appuis apportés par les coopérations allemande et belge ainsi que la Banque Mondiale.

L'I3S était censée contribuer également à la réflexion pour la mise en place d'une stratégie globale de financement de la santé (orientation CSU), qui aurait intégré les gratuités et ouvert la voie vers le Fonds social santé du Niger (FSSN). Mais toute cette réflexion stratégique n'a guère progressé depuis le document de stratégie de financement de 2011/2012.

⁶ Arrêté n°186/MS/SG/DEP/DF du 12 Juin 2014 révisé par l'Arrêté n°425/MSP/SG/DEP/DF du 19 décembre 2014

Le GTR quant à lui doit permettre des discussions plus techniques sur la mise en place de la CSU et tout d'abord avec un focus sur la création et le financement du fonds d'achat pour la gestion de la gratuité et du FBR et faire le pont entre les instances nationales concernées par la gratuité et les PTF.

Par ailleurs l'articulation avec le *groupe de travail chargé de la révision du mécanisme de l'exemption de paiement des prestations de santé* créé par son Arrêté 328 du 2 septembre 2016 *devra être précisée, si ce dernier existe toujours.*

Ces groupes de travail doivent avoir un fonctionnement régulier dans un cadre structuré, inclusif et dynamique (ordres du jour clairs, réunions régulières, validation des décisions collectives, etc.). La liste des institutions et organismes participants à ces groupes doit également être clairement définie. Une personne référente doit être désignée par institution afin de permettre la continuité et l'efficacité des échanges.

Ces groupes doivent permettre un échange d'information, l'identification de synergies, par la conduite éventuelle d'études, et la bonne articulation des initiatives pour un appui efficient.

Coordination avec les autres initiatives internationales

Le projet devra veiller à assurer une bonne communication et coordination avec les autres initiatives en cours, notamment avec les coopérations allemande et belge ainsi que la Banque Mondiale qui soutiennent des mécanismes de Financement basés sur les résultats (FBR) fondés sur des manuels de procédures différents. La possibilité d'un alignement sur ces stratégies tout en s'assurant une meilleure coordination des initiatives devra être explorée.

Il conviendra d'étudier la nécessité de mettre en place un comité de pilotage additionnel pour suivre la mise en œuvre du projet ou un groupe de coordination des partenaires techniques et financiers de la CSU s'il n'existe pas déjà pour assurer la bonne coordination et articulation des initiatives, sans pour autant multiplier les comités. Il faudra avant tout capitaliser sur l'existant et s'organiser sur cette base.

Enjeux en lien avec l'OS2 :

La principale recommandation conjointe issue de la mission du réseau P4H concerne la mise en place d'un fonds (ou « structure ») pour mettre en œuvre la politique de « gratuité » (pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes) et du Financement Basé sur les Résultats, faisant écho à la recommandation de mettre en place un fonds social santé au Niger (FSSN) dans le cadre du projet I3S.

Les enjeux ici, liés aux fonctions essentielles du tiers-payant, sont variés et non négligeables : pilotage, monitoring-rapportage, contrôle et de manière plus globale gestion du risque, gestion de la facture jusqu'au paiement. Le rapport P4H d'août 2018 présente bien les enjeux pour chacune de ces étapes. Nous ne les re-détaillerons pas ici. Le présent document met simplement en avant plusieurs points d'attention à garder à l'esprit.

Mise en place d'un fonds d'achat et mécanisme de tiers payant

La mise en place d'un fonds d'achat est complexe et il apparaît que les appuis précédents n'ont pas permis d'aboutir à des résultats concrets. L'enjeu est donc de parvenir à la mise en place effective et opérationnelle de ce fonds d'achat. Pour ce faire, le « *Document d'options et de propositions pour l'amélioration du mécanisme d'exemption de paiement des soins de santé au Niger* » validé lors du comité de pilotage I3S du 31 août 2017 devra être étudié avec attention et les moyens de son opérationnalisation réfléchis et discutés avec l'ensemble des parties prenantes.

Il s'agit de constituer une structure de gestion de tiers-payant qui prévoit la séparation des fonctions de décision, d'exécution et de contrôle (ce dernier devant être externalisé selon les recommandations du Rapport P4H). Il conviendra de définir le cadre institutionnel de cette structure (statut juridique, cadre financier, besoins en ressources humaines) et fonctionnel (schéma organisationnel, gouvernance, manuel de procédures, gestion du risque, etc.) et de le valider avec le gouvernement. Trois options semblent possibles selon l'étude P4H: la création d'une Institution (un Etablissement Public Autonome), le Fonds Commun actuel, ou la constitution d'une entité spécifique au sein du MSP. Les options doivent être approfondies et l'on pourra envisager une évolution de l'une à l'autre de ces options.

La structure et le Fonds seront financés à moyen terme avec un appui substantiel de l'aide extérieure, dans la perspective de la couverture universelle du risque financier mais il faudra réfléchir à une approche pérenne.

Ainsi une réflexion doit être menée sur le modèle de financement de la santé au Niger, qui ne se limite de fait pas à la seule politique de gratuité. Cette réflexion devra être conduite par les différents comités et devra aboutir concrètement à la définition d'objectifs concrets et atteignables, à un modèle de financement et à une feuille de route pour y parvenir.

L'utilisation de la base fiscale même si très limitée doit être appréciée au regard du ciblage des indigents et des potentiels contributeurs. Il semble difficilement envisageable que tout le système ne repose que sur le budget de l'Etat. Un mécanisme d'entrées et de sorties monétaires doit être défini et le système doit être pensé dans une approche globale et de long terme vers la CSU.

La définition du panier de soins est un point central. Il a été relevé dans des précédents rapports que la politique de gratuité serait probablement plus efficace dans ses objectifs si le panier était étendu notamment aux accouchements sans opération et aux prises en charge curative dans le cours des grossesses à l'instar de la politique de gratuité au Burkina Faso.

La situation de l'approvisionnement en intrants des prestataires de services est également un sujet qui impacte nécessairement le mode de prise en charge des contraceptifs et des préservatifs par exemple (inclusion dans le panier de soins à travers un mécanisme de tiers-payant ou distribution gratuite).

Une réflexion plus large devrait être menée sur la définition et l'évaluation du coût du panier de soins qui peut-être nivelé, ainsi que sur la définition de nomenclatures nationales. Il peut être intéressant d'étudier l'expérience du secteur assurantiel privé en ce sens.

Le dialogue avec les prestataires de soins constitue par ailleurs un enjeu crucial qui ne doit pas être laissé pour compte. La question délicate de la rémunération des personnels de santé ne doit pas non plus être éludée car elle constitue un sujet sensible qui impacte nécessairement le bon fonctionnement du système.

Epuration des factures et instauration d'un mécanisme fiable de facturation dans une approche de gestion du risque

Les factures nationales annuelles de la gratuité s'élèvent en moyenne à 8 milliards. Or l'Etat ne paie qu'une partie des factures d'où un manque à gagner pour les prestataires de services et un manque d'effectivité pour la gratuité qui n'est pas totalement assurée. La fréquence des remboursements n'est assurément pas compatible avec les besoins en trésorerie des formations sanitaires.

L'amélioration des mécanismes de « facturation de la gratuité » était un résultat attendu du projet I3S. Le premier contrat avec l'AMOV s'était attaché à l'apurement des factures pour désensibiliser les relations avec les hôpitaux, sans pour autant vérifier la réalité des prestations données.

L'AMOV a mis en place un système de contrôle appuyé sur la « supervision » avec des inspecteurs/contrôleurs descendant dans les centres a posteriori pour effectuer une vérification arithmétique des factures. Il en a ainsi résulté le paiement de factures sans être en capacité de valider l'effectivité des prestations, ce qui est problématique. Dans une approche de gestion du risque nécessaire à tout système d'assurance maladie, un contrôle a priori semblerait plus pertinent et il apparaît nécessaire après 13 ans de fonctionnement du système de le réviser en très grande partie afin de l'apurer et pouvoir asseoir le système d'assurance maladie sur un dispositif sain et pérenne.

Après deux ans de travail, la précédente AMO n'est pas parvenue à mettre en place un système de contrôle et de validation des factures digne de ce nom, ni un système d'information. Il est donc impossible de faire un bilan des factures remboursées tant au niveau global qu'avec un niveau de détail permettant un pilotage, une analyse des données. Le niveau du système de facturation de la gratuité est donc très faible. Le système au forfait permet un système de reporting, de contrôle et de suivi très simple. Toutefois le système de reporting ne permet que peu d'analyses. Le contrôle de l'effectivité des soins est limité. Par ailleurs les nombreux contrôles comptables participent à des retards importants des délais de paiement.

Depuis 2007, le manuel des gratuités n'a par ailleurs jamais été mis à jour. L'apurement des factures par la précédente AMOV a en revanche donné aux structures sanitaires un peu d'air grâce au réapprovisionnement en médicaments.

Il était également prévu un mécanisme de déconcentration des factures au niveau régional mais ce dernier n'a pas pu être mis en place. Depuis le lancement de la réflexion sur la CSU et le projet de création du FSSN en 2013, aucun travail stratégique n'a été mené par le gouvernement si ce n'est une étude sur les financements innovants en santé.

A l'heure actuelle on peut donc considérer qu'il n'y a pas encore eu de réel renforcement du système d'établissement des factures ou du processus de vérification des modalités de facturations émises par les formations sanitaires.

Avec l'appui de HERA, l'AFD a redéfini le projet avec les partenaires et l'objectif est maintenant de créer **un plan d'activité faisable et réaliste** (avec un système d'information « gratuité » couplé au Système National d'Information de Santé - SNIS (DHIS2), un premier système de contrôle des factures, etc.). *Il conviendra de voir s'il une restructuration du projet doit être envisagée.*

Il faudra dans tous les cas en premier lieu identifier et analyser les raisons qui ont empêché l'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOV) de mettre en place un système efficient de contrôle a priori des factures.

Contrôle et Système d'information - La gestion intégrée des informations de santé

La mise en place d'un système informatique (SI) de gestion intégrée est primordiale dans le cadre de la gestion des risques.

a) Identification des besoins auquel doit répondre le système d'information

La mise en place d'un système d'information unique ou intégré vise une double finalité. Il doit permettre en premier lieu de vérifier les droits des bénéficiaires et éviter la fraude. En second lieu, il répond aux besoins statistiques nécessaires au suivi de l'activité du système de couverture maladie.

Dans le cas présent il conviendra de réfléchir à l'implantation d'un tel système d'information de la gratuité (SIG) auprès du MSP (extension du SNIS), ou du fonds d'achat. Dans le second cas il conviendra d'assurer les passerelles nécessaires avec le SNIS, ce dernier devant dans tous les cas faire l'objet d'une analyse approfondie.

La mise en place d'une plateforme de gestion informatique commune à tous les hôpitaux pour harmoniser leurs pratiques et outils de gestion sera nécessaire pour faciliter la production de données statistiques harmonisées, unifiées et en temps réel. Il serait ainsi notamment possible d'analyser le montant des prestations de soins ainsi que les données relatives aux bénéficiaires de la gratuité. Dans une approche de long terme de la mise en place de la CSU, un tel SIG devrait également servir à étudier le taux de couverture, l'organisation et les résultats de fonctionnement du système de l'assurance maladie volontaire qui pourront être utilisées par le MSP et les autres acteurs de l'assurance maladie.

Il conviendra d'identifier les données qui seront utiles au MSP et l'utilisation du District Health Information System 2 (DHIS2). Un rapport sur l'élaboration des modes d'organisation et de mobilisation des données validé pour le futur fonds d'achat devra être présenté.

b) Définition du cadre et choix d'une solution informatique

Un système d'information performant constitue une thématique transversale, nécessaire à l'amélioration de l'efficacité du système, en particulier dans ses aspects de contrôle et de régulation. À ce titre, il est dans un premier temps nécessaire de développer un schéma directeur du système d'information (SDSI) décrivant sa stratégie et les grandes orientations du système d'information, en particulier eu égard à l'architecture technique, à la solidité de l'infrastructure et aux dispositifs télématiques et de sûreté.

Le SDSI devra traiter trois blocs de compétences :

- métier : référentiel, processus, relations avec les agents de santé
- architecture technique : centralisation vs décentralisation, etc.
- conduite du changement / modalités de déploiement/ planification et prévisions budgétaires.

Le SDSI devra notamment préciser des choix d'orientation stratégique à savoir notamment si le système doit être centralisé ou décentralisé, gardant à l'esprit que faire le choix d'un système centralisé impliquera un impact politique non négligeable qui devra être mesuré par la maîtrise d'ouvrage.

c) Identification des bénéficiaires

Le système d'informations de la gratuité devra viser globalement à mettre en place une plateforme de gestion informatique commune à l'ensemble des programmes de la couverture maladie, voire même de protection sociale de manière plus large. Il serait notamment intéressant de réfléchir de manière concertée avec les autres acteurs à l'utilisation d'une identification unique de l'ensemble des bénéficiaires afin de faciliter l'échange de données entre les systèmes d'information le cas échéant, de sorte à permettre la mobilité, la traçabilité ainsi que la capitalisation des données de santé en cas de changement de statut des bénéficiaires.

Il sera ainsi nécessaire d'étudier ce qu'il existe auprès du MSP mais aussi explorer les modes de faire de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Pilotage et renforcement de capacités

Il conviendra d'appuyer le MSP dans le renforcement de capacités de ses équipes à deux niveaux :

- **Pilotage stratégique** : comme indiqué précédemment, depuis le lancement de la réflexion sur la CSU et le projet de création du FSSN en 2013, aucun travail stratégique n'a été mené par le gouvernement si ce n'est une étude sur les financements innovants en santé ;
- **Mise en œuvre technique** : un plan de formation devra être établi pour les équipes du MSP et autres structures concernées ou impactées par la mise en place du Fonds d'Achat. Cela contribuera à la professionnalisation du système de tiers payant et à rassurer les payeurs.

2. Méthodologie

Le projet sera mis en œuvre par **Expertise France, agence française de l'expertise technique internationale**, opérateur du Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères français.

Afin de maximiser l'impact de l'appui apporté par Expertise France il est proposé de ne pas se limiter à la mobilisation d'un seul expert, mais plutôt d'une **équipe projet** comprenant **un expert résident renforcé par des experts intervenant plus ponctuellement sur des expertises spécifiques** (ex. contrôle médical, système d'information, etc.).

L'équipe projet déployée travaillera en **étroite collaboration avec les équipes du MSP durant toute la durée du projet (12 mois)**.

Afin de capitaliser sur le travail réalisé par le passé, le lien sera également assuré avec **le travail de l'équipe de P4H** qui a déjà une connaissance approfondie de l'histoire de la gratuité au Niger et des efforts entrepris vers la CSU. L'ensemble des rapports et études réalisées par le passé devront notamment faire l'objet d'un recensement et être assimilé par l'équipe projet:

- Le « *Document d'options et de propositions pour l'amélioration du mécanisme d'exemption de paiement des soins de santé au Niger* » discutés lors de la deuxième réunion du groupe de travail le 26 octobre 2016, et lors de la réunion du comité technique I3S du 27 avril 2017, et validés lors du comité de pilotage I3S du 31 août 2017 ; ainsi que les analyses éventuelles des difficultés de sa mise en œuvre ;
- Les *2 rapports commandités après la mission P4H de juillet 2018* dont le premier rapport a été cité à plusieurs reprises dans ce document.

2.1 Approche de travail - Cadrage de l'intervention d'Expertise France

2.1.1 Principes de travail

Ce projet d'assistance technique (AT) pour la mise en place de la couverture maladie universelle au Niger, et plus précisément pour la mise en place d'un fonds d'achat de prestations de santé, vise à fournir **un support technique au personnel du MSP durant un an à compter de la mie août 2019**.

L'AT privilégiera les principes de travail suivant :

- une analyse partagée des besoins et des solutions, garante de leur appropriation par l'ensemble des acteurs en vigueur;

- un accompagnement quotidien des équipes du MSP et un dialogue régulier avec les acteurs impliqués ;
- des livrables opérationnels et pédagogiques (méthodes, modes opératoires, modèles de conventions, formations, formations de formateurs, etc.) ;
- un échange régulier avec les parties prenantes sur l'état d'avancement du projet (arbitrage, points de blocage...) au travers d'une unité de coordination du projet (UCP).

A la différence d'un comité de pilotage et en addition au Comité de pilotage sur la CSU, ou du Groupe de Travail National (GTN), l'unité de coordination du projet sera un petit groupe de travail plus restreint et moins formel centré sur la mise en œuvre courante du projet. *Il conviendra de décider si un comité de pilotage additionnel est nécessaire pour suivre la seule mise en œuvre du projet mais il serait sans doute préférable de ne pas multiplier les cellules de discussion qui sont déjà nombreuses.*

2.1.2 Une équipe d'appui complémentaire

Les termes de référence prévoient initialement la mobilisation d'un **expert résident basé à Niamey auprès du MSP**. Compte tenu des enjeux importants et de la technicité requise pour la mise en place du fonds d'achat, il est proposé de mobiliser :

- Un expert résident basé à Niamey avec la possibilité d'effectuer des missions exceptionnelles à l'intérieur du pays (exclusivement à Dosso) dans la mesure du respect des normes de sécurité de l'ambassade de France, et en dehors du Niger dans le cadre de sa fonction de point focal pour le réseau P4H ;
- Un pool de 3-4 experts spécialisés sur les aspects les plus techniques de l'AT (contrôle médical/gestion du risque, SI, genre, etc.), qui interviendront **en complément de cet expert résident**, de manière **court terme pour des missions de 5 à 10 jours** en fonction des besoins identifiés et du plan d'action qui sera validé à l'issue du premier mois de mission de l'expert résident.

La liste évolutive des experts court-terme (experts CT) sera précisée par l'expert résident durant le premier mois de son arrivée, en discussion étroite avec le MSP. La présente offre développe ci-après des propositions indicatives.

L'objectif est ainsi de mobiliser une équipe aux expertises complémentaires qui interviendra en tant que **plate-forme d'expertise mise à la disposition du MSP pour le renforcement de son action dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU et plus particulièrement la définition et le déploiement d'un système de tiers payant.**

2.1.3 Le rôle clé du chef de mission

- La diversité et la complémentarité des compétences de l'équipe sont fondamentales. Il est cependant clair que le chef de mission, totalement et exclusivement mobilisé sur le territoire nigérien pendant 12 mois, assurera un **rôle de coordination et de conseil au plus haut niveau**.
- L'accompagnement du MSP dans le pilotage de la réforme implique une **disponibilité permanente de l'expert résident auprès des services du Chef du Gouvernement et une aptitude à la promptitude propre au travail de cabinet**.
- Il faut tenir compte aussi du fait que le pilotage de la réforme est complexe comme nous avons pu l'évoquer précédemment. Elle est aujourd'hui confiée à une « Cellule » (*il conviendra de préciser son nom,*

ses attributions, son organisation) qui devra avoir l'autonomie et les capacités nécessaires pour mener à bien ce pilotage. Quant au Comité de Pilotage il sera nécessaire de le réactiver sachant qu'il réunit une quarantaine de personnes, ce qui est considérable.

Il faudra ainsi au chef de mission une aptitude à **gérer des situations parfois complexes qui exigent un sens aigu de la relation humaine au sein d'un appareil gouvernemental.**

2.1.4 Un travail collaboratif

L'équipe d'experts travaillera de manière collaborative, en pleine concertation avec les services pertinents du MSP. Le cadrage du projet se fera en étroite concertation avec l'équipe du MSP pour dégager les grandes orientations de travail et le déroulement opérationnel des activités. Un **plan de travail** tenant compte des différents enjeux présentés précédemment sera rédigée avant le démarrage à proprement parler des activités.

Si l'équipe de la « **Cellule en charge de la gratuité** » (ci-après « Cellule gratuité ») sera l'interlocuteur quotidien et privilégié de l'équipe projet, un dialogue devra être instauré avec les autres directions lorsque cela sera pertinent, notamment avec la **Direction en charge des services informatiques** qui devra piloter le développement de la mise en place d'un **système d'information de la gratuité (SIG)**, qui pourrait avoir vocation à plus long termes d'englober l'ensemble du dispositif de couverture maladie universelle. L'équipe d'appui devra ainsi pourvoir échanger avec l'ensemble des Directions du MSP au tant que de besoins.

Cela implique pour l'expert résident d'être basé au sein même du MSP et de disposer d'un bureau et outils de travail nécessaires à son plein investissement.

- *Une appropriation de la réforme*

Un premier impératif qui se présente à l'équipe d'appui, au premier lieu desquels l'expert résident, est de s'approprier les enjeux de la réforme et comprendre le fonctionnement du système nigérien ce qui implique d'avoir une parfaite connaissance de :

- l'état des lieux des lois et règlements ainsi que ceux susceptibles d'intervenir, de la situation économique, démographique et épidémiologique du pays;
- l'état des lieux de l'organisation et de la performance du système de soins: hôpitaux, soins primaires, vaccination, circuit du médicament... et répartition géographique des équipements et infrastructures de santé ainsi que les relations avec les professionnels de santé ;
- l'état des lieux du processus de facturation/paiement des hôpitaux et de contrôle tel qu'effectué aujourd'hui, ainsi que des outils disponibles pour les réaliser.

L'appropriation du projet et l'implication des autorités nigériennes et autres parties prenantes de la gratuité au Niger conditionnera également grandement la réussite du projet. L'appropriation doit donc être partagée et le projet co-construit.

- *Un travail partagé et une analyse croisée des informations*

Dès lors que l'expert résident aura acquis une connaissance approfondie du contexte et du système de gratuité au Niger, il rédigera un **rapport d'état des lieux et un plan de travail assorti d'un calendrier de mise en œuvre** qui seront soumis aux autorités nigériennes pour correction et validation. Ces documents devront permettre de répondre aux questions soulevées en amont (Voir la section 1.6- Les enjeux du projet) et s'entendre sur des orientations et objectifs communs avec un reporting trimestriel.

L'expert résident coordonnera ensuite l'intervention des experts CT selon le calendrier validé avec les autorités pour la mise en œuvre du plan de travail validé ensemble. Il est, sur un plan fonctionnel, inenvisageable que chaque expert travaille séparément et que la mise en œuvre du projet se fasse en silos. Aussi les travaux de chaque expert se dérouleront de manière coordonnée et seront jalonnés de séances de travail destinées à mesurer l'avancement des travaux, choisir des options communes, rectifier les objectifs en fonction des difficultés rencontrées.

Au fur et à mesure de leur progression, les travaux feront l'objet d'un reporting régulier à l'**unité de coordination du projet (UCP)** et au comité de pilotage du projet s'il est mis en place ; a minima au responsable de la « Cellule gratuité » avec un rapport d'étape trimestriel. Un calendrier de réunions sera établi si possible dès le début de la mise en œuvre du projet.

2.2 Approche technique : Une approche systémique du projet

Le projet sera centré sur les objectifs définis précédemment à savoir Appuyer le MSP dans la mise en place du fonds d'achat et Faciliter le dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger entre les ministères et les PTF concernés autour de ce fonds.

L'équipe d'experts fournira au MSP les outils et recommandations opérationnels pour y parvenir, en particulier pour les aspects relatifs à la gestion du risque, au contrôle médical et aux relations avec les prestataires de soins, sans perdre de vue l'objectif général de mise en œuvre de la feuille de route du gouvernement nigérien pour aller vers la CSU. La mise en place de la CSU s'inscrit dans une volonté politique de mettre en place une couverture globale de la population reposant sur divers mécanismes et impliquant une multitude d'acteurs dont il faudra tenir compte, y compris les prestataires de soins qui occupent une place centrale.

2.3 Pilotage et gouvernance du projet : l'unité de coordination du projet (UCP)

L'**unité de coordination du projet (UCP)** devra être instaurée dès le démarrage du projet et l'installation de l'expert résident. Elle constituera un cadre privilégié de discussion entre l'équipe projet et les autorités nigériennes. Cette UCP devrait être pilotée par le ou la responsable de la « Cellule gratuité » avec l'appui de l'expert résident et réunira l'ensemble des cellules ou directions impliquées par la mise en œuvre du dispositif de tiers payant. La liste de ses membres devra être définie avec la « Cellule gratuité » en début de projet et intégrée au Plan de travail remis par l'expert résident en début de projet. Ce dernier pourra en assurer le secrétariat.

Cet UCP centré sur la mise en œuvre courante du projet devra se réunir régulièrement à raison d'une rencontre tous les trois mois a minima (et aussi fréquemment que de besoins) afin que les principales parties prenantes puissent décider des activités à venir et de l'ajustement de la feuille de route si besoin.

Outre le fait d'avoir une bonne connaissance de chaque acteur, de son rôle dans le processus, des actions qu'il met en œuvre et de leur état d'avancement, le rôle et les responsabilités de l'UCP pourraient être définis comme suit:

Pour l'équipe projet :

- Examiner les rapports d'avancement trimestriels, et assurer le suivi des livrables, donner des conseils sur les activités du projet et recommander de nouvelles orientations, le cas échéant.
- Faciliter la mise en œuvre globale du projet.
- Décider conjointement de l'agenda de mise en œuvre et de ses ajustements éventuels
- Décider conjointement de l'organisation d'événements le cas échéant

Pour le MSP :

- Présenter les besoins et priorités du gouvernement
- Fournir un accès complet à toutes les informations relatives au contexte général du projet, nécessaires au lancement et à la gestion des activités du projet.
- Identifier et suggérer à l'équipe projet des synergies potentielles entre la mission et d'autres initiatives pertinentes.

Il conviendra de décider si un comité de pilotage additionnel (qui se réunirait semestriellement) est nécessaire pour suivre la seule mise en œuvre du projet mais il serait sans doute préférable de ne pas multiplier les cellules de discussion qui sont déjà nombreuses. Selon le rapport P4H d'août 2018, le Comité de Pilotage dit « Comité technique » de la CSU existant est une bonne base de départ pour le suivi du dispositif revisité : la « Cellule gratuité » pourra lui faire des propositions potentiellement sur toutes les composantes du régime : panier, cible, modalités et montant de remboursement, etc... Le Comité de Pilotage pourra les examiner et prendre les décisions.

Ce Comité compte une quarantaine de représentants et constitue donc une structure assez lourde mais comme le faire remarquer Alexis Bigeard dans son rapport, une telle multi-sectorialité et une représentativité large ne sont pas sans intérêt pour un sujet aussi « national ». Dans tous les cas ce Comité de Pilotage ne se réunira pas aussi fréquemment que l'UCP, à raison d'une rencontre semestrielle, à l'image d'un Conseil d'Administration d'un établissement public autonome comme le propose le rapport P4H dont la cellule « gratuité » jouerait le rôle de direction. L'enjeu est néanmoins de le réactiver puisqu'il ne s'est semble-t-il plus réuni depuis plusieurs années.

2.4 Le phasage du projet

Nous proposons d'organiser la mise en œuvre du projet en trois grandes phases, rythmées en début et en fin de projet, par une mission sur place de l'ensemble de l'équipe d'experts, devant aboutir à la présentation d'un rapport final reprenant l'ensemble des travaux menés.

➤ Phase 1 : Cadrage, analyse et formation

La phase d'analyse et de cadrage est celle de « l'appropriation » du projet par l'équipe et de définition détaillée de l'intervention de l'équipe. Elle s'étendra sur 1 ou 2 mois (jusqu'à fin septembre – début octobre 2019). Il conviendra pour l'expert résident durant cette phase, de prendre une connaissance complète du système nigérien, des enjeux, des impératifs des pouvoirs publics.

Durant le premier mois de la mission, l'expert devra organiser:

- Une réunion de présentation de la méthodologie proposée aux équipes du MSP;
- Un listing des données, documentation, textes nécessaires à une compréhension des enjeux ;

- Une série d'entretiens avec les équipes du MSP, éventuellement avec également d'autres acteurs de la gratuité (en particulier les hôpitaux) ;

Le premier mois de sa mission devra permettre de rédiger un premier rapport (**rapport de cadrage**) et d'établir un document programmatique de travail (**plan de travail**) qui sera soumis à validation des équipes du MSP au plus tard 40 jours après l'arrivée de l'expert résident. Ce **plan de travail détaillé du projet** précisera les axes d'intervention de chaque expert court terme et **le détail des activités à mener (activités, nombre de jours d'expertise prévu, méthodes d'intervention), ainsi que le calendrier (période de mise en œuvre) et les livrables attendus**. Il devra notamment permettre de valider les axes de travail à mener et de détailler davantage les attendus pour chaque axe.

La première phase pourra par ailleurs être l'occasion de renforcer les capacités des principaux acteurs en charge du pilotage, suivi et mise en œuvre de la gratuité. Des formations pourront ainsi être dispensées en particulier à la « Cellule gratuité ».

➤ Phase 2 : Mise en œuvre opérationnelle

Le plan de travail des activités sera déployé durant cette phase qui s'étendra sur une période de 8 à 9 mois (octobre 2019 – juin 2020). Pendant cette période les experts travailleront de concert avec les équipes du MSP. Il en découlera **plusieurs rapports et livrables techniques spécifiques et des rapports de suivi trimestriels**.

Ces activités se dérouleront autour de 2 grandes composantes liées aux objectifs spécifiques du projet, auxquelles nous proposons d'ajouter une composante transversale sur la coordination technique, pour plus de lisibilité des objectifs. Chaque composante sera subdivisée en sous composantes, elles-mêmes organisées en activités :

Composante 0 : Coordination technique du projet : cette composante transversale qui concerne la gestion du projet, sera mise en œuvre par l'expert résident et permettra d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan de travail. **Elle donnera lieu à un reporting trimestriel. Cette composante correspond à l'objectif 2.4 des Termes de références (TdR) pour la mobilisation de l'expert résident. Nous pensons qu'il est pertinent d'appliquer cette coordination/supervision à l'ensemble du projet, ainsi que le cadrage nécessaire au début du projet.**

Composante 1 : Facilitation du dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger et appui à la gouvernance du système vers la mise en place d'une CSU

Cet axe global et transversal également, qui sera mis en œuvre essentiellement par l'expert résident en étroite concertation avec les différents acteurs, doit permettre l'opérationnalisation des instances de discussion de la stratégie sur la CSU pour amener à une véritable stratégie (*Sous-composante 1-A*), celle-ci devant inclure une réflexion et des recommandations pour la mise en place de mécanismes de financement innovants et pérennes assurant la pérennité des exemptions de paiement. Outre la seule gratuité, cette stratégie devra permettre d'alimenter une réflexion pour une approche pérenne à plus long termes vers la CSU.

La coordination des PTF et l'animation du dialogue constitue également un axe de cette composante (*Sous-composante 1-B*). L'animation du réseau P4H et son alimentation en information fera également partie de cette dernière sous-composante.

Composante 2 : Appui à la mise en place opérationnelle d'un fonds d'achat pour la gestion de la gratuité et du financement basé sur les résultats (FBR)

La composante 2 sera la composante la plus technique. Elle devra permettre la mise en œuvre opérationnelle du fonds d'achat (*Sous-composante 2-A*). Cela inclut une simplification et une

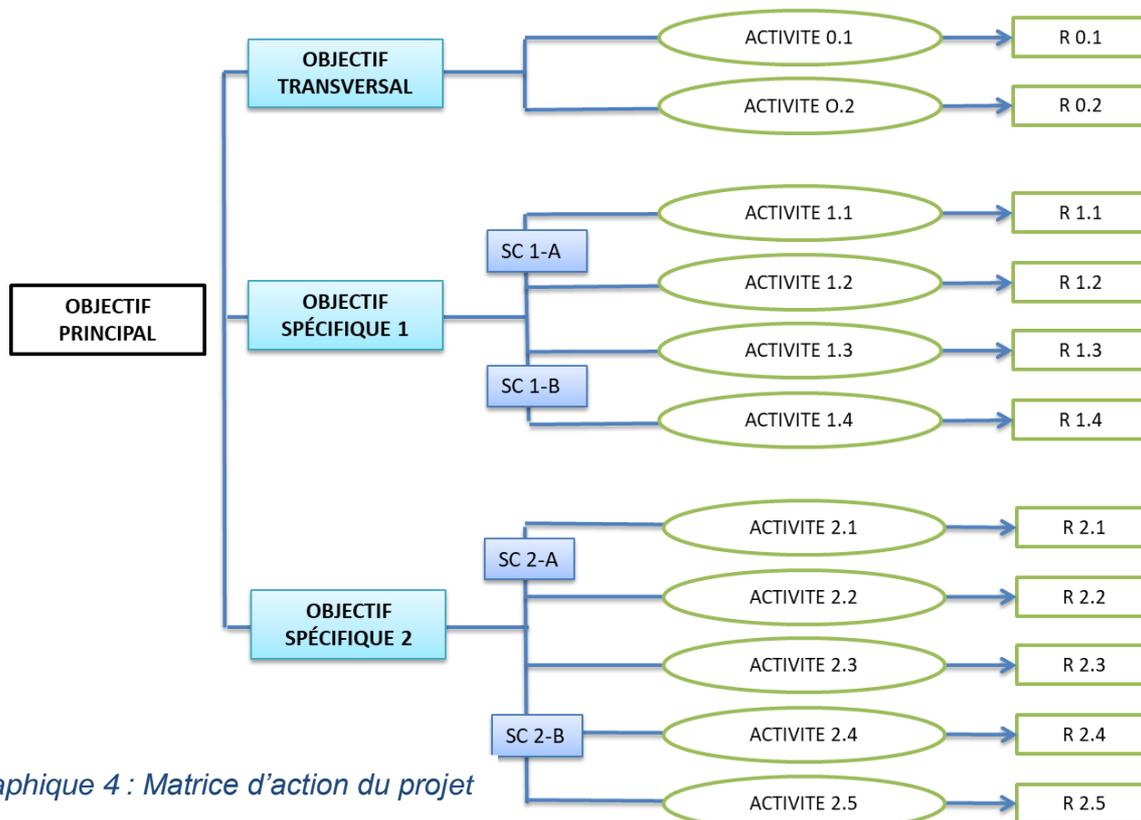
sécurisation du circuit des factures (déconcentration de la validation et du paiement des factures à l'échelon départemental ou régional) et va de pair avec une réflexion sur le développement du schéma directeur d'un système d'information (SI).

Dans une approche plus holistique, une analyse de la gestion du risque semble nécessaire afin d'épurer le système de paiement et de rendre possible la mise en place d'un système de tiers payant efficient et pérenne. Cette sous-composante inclut de travailler à une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons de l'administration. Au terme de cette phase, l'ensemble des éléments techniques nécessaires à la mise en place du fonds d'achat devront être développés de façon collaborative avec les partenaires techniques et financiers du secteur et validés par le gouvernement (cadre institutionnel, charte organisationnelle, procédures, système d'information, plan de financement, etc.).

Enfin (*Sous-composante 2-B*) un renforcement des capacités des équipes sera réalisé au travers de formations dédiées aux équipes du MSP concernées, portant à la fois sur les mécanismes de fonctionnement du fonds mais également sur la gestion du risque, y compris le contrôle médical. Ainsi les professionnels et inspecteurs devant veiller à la bonne mise en œuvre du système de tiers payant et réaliser le contrôle médical seront également concernés.

Durant cette phase de mise en œuvre des activités, il est par ailleurs proposé d'organiser une ou deux formations de formateurs à Niamey avec les parties prenantes de la gratuité au niveau national mais également des personnels de région afin de **déployer le renforcement de capacités sur le territoire** et d'assurer la descente des informations vers les professionnels plus éloignés de la capitale. Les relais locaux de la « gratuité » devront pour ce faire être identifiés.

Dans un souci d'**égalité entre les femmes et les hommes**, et afin d'assurer un impact positif du tiers payant autant pour les femmes que pour les hommes, **des formations** pourront également être délivrées pour sensibiliser les personnels du MSP et personnels locaux à ces sujets et entamer une **réflexion sur la manière d'assurer un égal accès aux soins des femmes et des hommes**.



Graphique 4 : Matrice d'action du projet

Ces différentes composantes devront être précisées dans le plan de travail proposé par l'expert résident. Pour réaliser l'appui plusieurs types d'activités pourront être mises en œuvre :

- Conseil quotidien fournis par l'expert résident
- Assistance technique sur des sujets spécifiques avec la mobilisation d'experts internationaux
- Etudes
- Formations /Formations de formateurs
- Tables rondes/séminaires ou conférences

➤ Phase finale : Restitution, finalisation et perspectives

Le dernier mois/mois et demi, servira à la finalisation des différentes activités et rapports associés. Une dernière mission viendra clôturer le projet à l'occasion de laquelle une réunion de restitution sera organisée avec l'ensemble des parties prenantes au projet. Cette mission permettra la finalisation des travaux et le partage de dernières recommandations dans l'optique d'une pérennisation des travaux.

Il pourrait également être envisagé l'organisation d'un événement pour disséminer l'information sur les résultats atteints pendant le projet.

Sur la base des documents opérationnels élaborés pour chaque axe de travail sera élaboré un **rapport final** reprenant les modalités opérationnelles de la gestion du fonds et les principales orientations prises par les décideurs concernant la stratégie vers la CSU.

L'AT remettra le rapport final de l'expertise au plus tard 15 jours après les observations sur le premier rapport préliminaire qui sera fourni 15 jours après la fin de la mission, sous un format électronique (format Microsoft Word) et physique (3 exemplaires chacun) au MSP et à l'ensemble des partenaires mobilisés, ainsi qu'à l'AFD.

2.5 Le management du projet : l'équipe projet

Le succès du projet reposera sur la mise en place d'une équipe de projet pluridisciplinaire permanente répartie entre Niamey et Paris.

L'équipe projet sera constituée de:

- 1 expert résident basé à Niamey, Chef de projet
- 1 expert junior d'Expertise France basé au siège de Paris, en appui du Chef de projet
- 2-3 experts court-terme sur des thématiques définies telles que la gestion du risque, les systèmes d'information intégrés de la couverture maladie, le contrôle médical, l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'accès à la couverture maladie et aux soins.

Les différents membres de l'équipe de projet proposés par Expertise France assureront la mise en œuvre collective et effective des différentes activités envisagées au travers des missions suivantes:

- Identification des besoins du pouvoir adjudicateur et des institutions bénéficiaires ;
- Développement et ajustements du plan de travail ;
- Assistance technique et administrative ainsi que logistique des missions techniques (transport, hébergement, restauration, ...), organisation d'ateliers ou de réunions de travail, de comités de pilotage ou de voyages d'étude ;

- Préparation des rapports techniques et financiers ;
- Gestion administrative, financière et contractuelle du projet.

Le recrutement de l'équipe de projet incombera à Expertise France qui appliquera ses propres procédures internes. Cependant, afin de garantir l'adéquation des profils du chef d'équipe et des experts court-terme (internationaux ou locaux), les CV des candidats potentiels seront soumis à l'approbation du MSP et de l'AFD.

2.5.1 Dans les locaux du Ministère à Niamey

- *L'Expert résident en financement de la santé et couverture maladie – Chef de projet*

Parfaitement francophone, expérimenté dans la mise en place, le pilotage et la gestion de la couverture maladie à l'échelle nationale, et basé dans les locaux du ministère, il sera le principal interlocuteur du ministre chargé de superviser l'assistance technique au jour le jour. Il sera membre de l'UCP et en assurera le secrétariat.

Comme présent plus haut, le rôle du Chef de projet est central. Il s'assurera de la réalisation de l'ensemble du projet et sera responsable de la remise de l'ensemble des livrables et du rapport final. Il assurera personnellement la réalisation des composantes 0 et 1. Il réalisera la composante 2 avec l'appui d'experts internationaux (et/ou éventuellement locaux) court-terme dont il supervisera la mobilisation et la coordination avec l'appui de l'équipe siège basée à Paris. L'expert résident assurera par ailleurs le rôle de conseil auprès du MSP plus particulièrement sur la composante 1 relative au développement de la stratégie en matière d'organisation et de pilotage de la gratuité et d'extension de la couverture, tout en renforçant l'articulation des interventions des différents PTF.

Il assurera également le rôle de point focal P4H durant la durée de sa mission. Fort de cette responsabilité il jouera un rôle de représentation du projet auprès des partenaires institutionnels, en étroite concertation et collaboration avec l'AFD.

L'expert résident sera basé à Niamey avec la possibilité d'effectuer à titre exceptionnel une à deux missions à Dosso dans la mesure du respect des normes de sécurité de l'ambassade de France, et en dehors du Niger dans le cadre de sa fonction de point focal pour le réseau P4H.

Il sera mobilisé pour 12 mois et aura la possibilité en fonction des résultats obtenus, et en concertation avec le gouvernement du Niger, d'être renouvelé par un des membres du réseau P4H.

- *Le pool d'Experts court-termes*

Le pool d'experts court-terme sera constitué de 2-3 experts internationaux (avec éventuellement l'appui d'un expert local) ayant une longue expérience de la mise en place de systèmes de tiers pays, de gestion du risque et de système d'information dans le secteur de la couverture maladie.

Parce que nous pensons que dans une perspective durable, il est également important de s'attacher à assurer un égal accès au système de tiers payant aux hommes et aux femmes, une expertise sur la prise en compte des enjeux de genre sera proposée. Une analyse pourra ainsi être proposée concernant l'accès aux soins des femmes avec l'aide du nouveau mécanisme de tiers payant qui sera mis en place. A minima une sensibilisation des personnels à ces sujets pourra être réalisée.

2.5.2 Dans les locaux d'Expertise France à Paris

- *L'Experte junior en couverture maladie*

En appui de l'expert résident, l'experte junior d'Expertise France apportera son expertise sur la mise en place d'un système efficace et pérenne de tiers payant et de gestion du risque.

Basée à Paris elle veillera au bon déroulement du projet, ainsi qu'à l'articulation des interventions des différents experts. Elle prendra part à l'Unité de Coordination du Projet (UCP) a minima 2 fois au cours du projet.

Elle assurera par ailleurs :

- les discussions avec l'AFD et d'autres acteurs internationaux;
- le coordination de l'équipe de projet et la mobilisation des experts français et l'organisation de leur mobilisation;
- l'organisation d'événements ou formations ;
- la validation des termes de référence des différentes composantes du projet;
- la supervision de l'élaboration de divers documents stratégiques produits au sein des composantes du projet;
- la relecture conjointe avec le chef de projet, des rapports techniques produits par les experts court-terme ;
- la participation, pour le compte d'Expertise France, à l'UCP dont le calendrier sera défini avec l'expert résident, le pouvoir adjudicateur et les institutions bénéficiaires.

Formée aux questions de genre, elle pourra par ailleurs appuyer l'équipe dans la prise en compte et la bonne compréhension des questions et des enjeux liés à l'égalité des sexes et apportant ses connaissances et son expérience à l'appui de la conception de l'AT et des propositions présentées aux autorités des bénéficiaires.

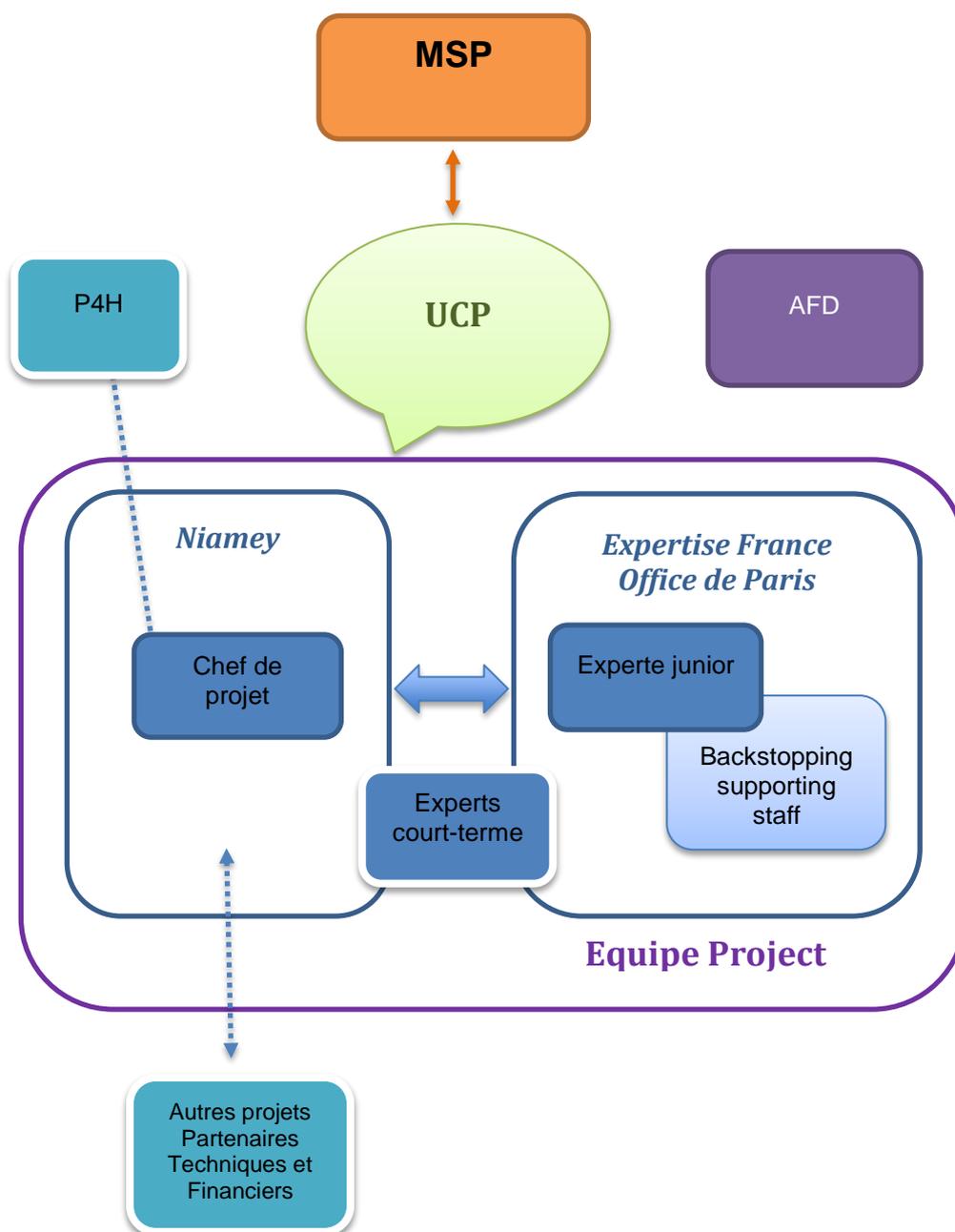
- *Backstopping*

Pour la mise en œuvre effective des activités, l'équipe du projet bénéficiera également d'un appui technique, financier et logistique du secrétariat général d'Expertise France (départements en charge des finances, des ressources humaines, des affaires juridiques, de l'informatique, des voyages, etc.).

- Gestion administrative et contractuelle de l'équipe d'experts;
- Suivi du respect des obligations contractuelles avec Expertise France et des éventuelles modifications contractuelles (demande d'avenant, etc.);
- Coordination avec le siège de l'AFD;
- Suivi du respect des procédures financières et contractuelles d'Expertise France;
- Aide à l'identification des compétences techniques;
- Contrôle comptable et financier du projet, sur la base des rapports financiers;
- Consolidation et contrôle des rapports techniques et financiers avant envoi au bénéficiaire;
- Soutien logistique aux activités (installation de l'expert résident, organisation de missions d'expertise à court terme, organisation de formations à Niamey, etc.);

L'organisation du projet peut être schématisée comme suit:

Graphique 5: Organisation et pilotage du projet



3. Mise en œuvre de la méthodologie

Comme présenté plus haut, le projet s'organise autour de 3 composantes. Nous détaillerons ci-dessous les activités qui les composent et qui seront mises en œuvre tout au long du projet.

COMPOSANTE 0 - Coordination technique du projet

Cette composante doit contribuer à créer une dynamique de mobilisation et de co-construction du projet entre les différentes parties prenantes impliquées (autorités nationales, équipe d'experts, bailleur).

Cette composante comprend l'animation des réunions de l'Unité de Coordination de Projet (UCP) et la réalisation des rapports de cadrage et de suivi trimestriel de l'avancement des activités.

Activité 0.1	Lancement et cadrage du projet
Résultat 0.1	Le contexte d'intervention est maîtrisé, le cadrage de l'intervention est précisée et déclinée en plan de travail à l'issu du premier mois de mission de l'expert
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	Le Chef de projet rédigera un rapport de cadrage durant le premier mois de son arrivé. Ce rapport de cadrage aura vocation à synthétiser l'analyse de la situation et s'entendre avec le MSP sur les enjeux identifiés et le plan de travail à mettre en œuvre. Ce rapport de cadrage ainsi que le plan de travail seront validés conjointement avec les équipes du MSP. Leur version finale sera validée à l'occasion d'une réunion de l'UCP.
<i>Livable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport de cadrage des interventions validé, assorti d'un plan de travail
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte junior
<i>Planning:</i>	Mois 1-2 : Le rapport final devra être remis au MSP au plus tard 40 jours après l'arrivée du Chef de projet à Niamey

Activity 0.2	Suivi et pilotage du projet
Résultat 0.2 (Résultat R.2.4 des TdR)	Une coordination technique est assurée tout au long du processus d'appui institutionnel au développement et au renforcement des capacités du MSP
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	<p>Afin d'assurer le suivi de l'activité, de valider les réalisations et de planifier les activités pour la période à venir (y compris éventuellement en ajustant le plan de travail aux besoins du MSP), le Chef de projet rédigera chaque trimestre un rapport d'activités.</p> <p>Ce rapport fera le bilan de la période écoulée de 3 mois, précisera les activités prévues pour le trimestre suivant avec le planning des interventions des experts, ainsi que les livrables attendus.</p>
<i>Livable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 Rapports trimestriels d'activités ▪ Le dernier trimestre sera couvert et englobé dans le Rapport final du projet (Cf ACTIVITE 5)
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte junior
<i>Planning:</i>	Mois 3, 6, 9: Les rapports trimestriels seront présentés et validés lors de réunion de l'UCP

COMPOSANTE 1 - Facilitation du dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger et appui à la gouvernance du système vers la mise en place d'une CSU

Rappel de l'OS1 : *Faciliter le dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger entre les ministères et les PTF concernés avec un focus sur la création et le financement d'un fonds d'achat pour la gestion de la gratuité et du FBR*

Cette composante doit permettre d'inscrire le projet dans une approche stratégique globale vers la mise en place de la CSU au Niger. Elle doit permettre également d'assurer les articulations nécessaires avec les autres interventions.

Dans ce cadre le Chef de projet jouera le rôle de conseiller des autorités nigériennes. Outre la participation aux Comités existants dédiés à la CSU, le Chef de projet pourra par ailleurs :

- proposer et organiser des réunions avec diverses parties prenantes nationales et internationales, telles que le Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité Sociale, le Ministère des Finances et tout autre acteur pertinent (chargés des collectivités locales par exemples), des partenaires techniques et financiers tels que la Banque Mondiale, la coopération belge, la délégation de l'UE au Niger, etc.

- Participer à divers événements locaux tels que des tables rondes et des conférences pour maintenir le dialogue politique autour du projet et assurer une dynamique de co-construction et de synergie entre les acteurs.

Sous-composante 1.A: Appui au renforcement et à l'opérationnalisation des organes de pilotage

Activité 1.1	Appui au Groupe de Travail Restreint (GTR)
<i>Résultat 1.1</i> (Résultat R.1.1 des TdR)	<i>Un appui continu au groupe de travail Restreint (GTR)</i> chargé d'assister le groupe de Travail National (GTN) conduisant le processus de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle au Niger (CSU)
<i>Administration cible:</i>	Membres du Groupe de Travail Restreint
<i>Description:</i>	Cette activité doit permettre de maintenir une dynamique des échanges au sein du groupe de travail dans l'articulation du dialogue stratégique entre les PTF et les instances nationales concernées par la gratuité des soins. Les échanges se feront dans un cadre structuré, inclusif et dynamique.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planning des réunions du GTR sur l'année ; ▪ Ordres du jour clairs des réunions ; ▪ Minutes des échanges et relevé de décisions.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet
<i>Planning:</i>	Mois 1 à 12

Activité 1.2	Appui au Groupe de Travail National (ou Comité de pilotage)
<i>Résultat 1.2</i> (Résultat R.1.2 des TdR)	<i>Le comité de pilotage (GTN) entre les PTF et les ministères concernés par la CSU et la gratuité des soins fonctionne</i>
<i>Administration cible:</i>	Membres du Groupe de Travail National
<i>Description:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Appuyer la redynamisation du comité de pilotage sur la CSU ; - Établir des liens et stimuler des échanges réguliers avec les autres mécanismes de coordination des partenaires internationaux en matière de santé, de protection sociale, de finances publiques et d'autres secteurs pertinents; - Apporter dans les échanges techniques entre les partenaires nationaux, internationaux et les ministères clé, des contributions constructives avec un souci de neutralité.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Termes de référence du GTN/Comité de pilotage révisés ; ▪ Liste des membres actualisée ; ▪ Planning des réunions du GTR sur l'année ; ▪ Ordres du jour clairs des réunions ; ▪ Minutes des échanges et relevé de décisions.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet
<i>Planning:</i>	Mois 1 à 12

Sous-composante 1.B : Animation des discussions stratégiques sur la mise en place de la CSU au Niger et facilitation de la coordination des initiatives des PTF

Activité 1.3	Appui à la réflexion stratégique sur la mise en place de la CSU au Niger et à l'articulation des initiatives développées pour y contribuer
<i>Résultat 1.3</i> (Résultat R.1.3 des TdR)	<i>Les expériences pilotes menées au Niger sont partagées et les synergies entre elles sont promues</i>
<i>Administration cible:</i>	Membres du GTN/Comité de pilotage
<i>Description:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier et rassembler les informations relatives aux programmes et activités des partenaires actifs dans le domaine du financement et de l'économie de la santé / protection sociale en santé ; - Partager des informations avec les membres du groupe local sur les stratégies, la structure organisationnelle et les informations générales concernant les partenaires internationaux faisant partie du groupe afin de favoriser une meilleure compréhension mutuelle ; - Participer à la conception et la réalisation des études/recherches permettant de disposer des bases factuelles pour la prise de décision ; - Développer un flux continu d'informations et de retours d'information entre les partenaires dans la logique du réseau P4H ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Dresser un état des lieux dynamique des initiatives pilotes menées au Niger dans le domaine du financement de la santé et des synergies possibles entre les programmes ; - Travailler à une meilleure intégration des initiatives de santé mondiale (telles que le GFTAM, GAVI ou GFF) dans le programme de financement de la santé pour la CSU. Identifier la manière dont les mécanismes de financement des PTF influencent le financement et l'économie de la santé dans le processus de CSU au niveau national, et des discussions sur les domaines potentiellement conflictuels ou les synergies possibles au niveau national ; - Développer, en lien étroit avec les autorités nationales, un rapport intégrant les leçons apprises au Niger et établissant des propositions pour coupler la politique de gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé (le FBR notamment).
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notes d'information à l'attention des acteurs intéressés ; ▪ Etat des lieux dynamique des initiatives pilotes menées au Niger dans le domaine du financement de la santé et des synergies possibles entre les programmes ; ▪ Rapport sur la CSU au Niger intégrant les leçons apprises et les recommandations pour la mise en œuvre d'un système global et pérenne (notamment propositions pour coupler la politique de gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé tels que FBR).
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte Junior
<i>Planning:</i>	Mois 2 à 12

Activité 1.4	Animation du réseau P4H au Niger
<i>Résultat 1.4 (Résultat R.1.4 des TdR)</i>	Les produits du réseau P4H sont développés au Niger par l'expert en tant que point focal de ce réseau
<i>Administration cible:</i>	MSP et Réseau P4H
<i>Description:</i>	<p>Le Chef de projet devra faire vivre le réseau P4H au Niger et alimenter la base de données P4H sur le Niger. Il devra ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documenter la page Niger de la plateforme du réseau P4H sur les événements, nouvelles et autres documents relatifs au financement de la santé et à la CSU au Niger ; - Appuyer la participation éventuelle du Niger au programme l'UHC ; - Participer aux échanges téléphoniques mensuels et aux rencontres physiques biannuelles de l'équipe de coordination du réseau P4H.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentation de la page Niger de la plateforme du réseau P4H sur les événements, nouvelles et autres documents relatifs au financement de la santé et à la CSU au Niger ;

	<ul style="list-style-type: none"> Participation aux échanges téléphoniques mensuels et aux rencontres physiques biannuelles de l'équipe de coordination du réseau P4H.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet
<i>Planning:</i>	Mois 1 à 12

COMPOSANTE 2 - Appui à la mise en place opérationnelle d'un fonds d'achat pour la gestion de la gratuité et du financement basé sur les résultats (FBR)

Rappel de l'OS2 : Appuyer le MSP dans la mise en place du fonds d'achat dans la perspective de la mise en place d'une agence de l'assurance maladie universelle.

La composante 2 est la composante la plus technique du projet. Elle visera à appuyer la mise en œuvre opérationnelle du système de tiers payant dans une approche de long terme et à renforcer les capacités institutionnelles pour assurer la mise en œuvre efficiente et pérenne de ce système.

Sous-composante 2.A : Appui à la mise en œuvre opérationnelle du fonds d'achat

Cette sous-composant inclut une simplification et une sécurisation du circuit des factures (déconcentration de la validation et du paiement des factures à l'échelon départemental ou régional), une réflexion sur (Sous-composante 2.2) le développement du schéma directeur d'un système d'information (SI) et dans une approche plus holistique (Sous-composante 2.3) une analyse de la gestion du risque semble nécessaire afin d'épurer le système de paiement et de rendre possible la mise en place d'un système de tiers payant efficient et pérenne. Cette sous-composante inclut de travailler à une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons de l'administration.

Activité 2.1	Définition du cadre institutionnel et fonctionnel du fonds d'achat
<i>Résultat 2.1 (Résultat R.2.1 des TdR)</i>	Le cadre institutionnel et fonctionnel du fonds d'achat est précisé et validé par le gouvernement
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	<p>Le Chef de projet devra orchestrer les travaux nécessaires au cadrage institutionnel et fonctionnel du fonds d'achat. Il devra ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mener et superviser plusieurs travaux d'analyse devant permettre une analyse complète et une projection sur les plans juridiques, financiers (définition du panier de soins, sources de financement et approvisionnement, mécanismes de remboursement, etc.) et organisationnels ; - Développer un manuel des procédures du Fonds d'Achat en travaillant de façon participative avec l'ensemble des structures impliquées ou impactées par la création du Fonds ;

	- Faire une analyse de la gestion des risques liée au fonctionnement du fonds d'achat et plus largement du système de CSU et la manière de piloter cette gestion des risques.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un rapport d'étude des impacts juridiques, financiers et en termes de gestion des ressources humaines est édité ; ▪ Un rapport de proposition de schéma organisationnel et de gouvernance, couvrant l'ensemble des échelons administratifs ; ▪ Un manuel des procédures du Fonds d'Achat est développé ; ▪ Un rapport d'étude sur l'analyse et la gestion des risques du fonds d'achat est élaboré.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Pool d'experts court-terme
<i>Planning:</i>	Mois 1 à 12

Activité 2.2	Définition du schéma directeur du système d'information de la gratuité
<i>Résultat 2.2</i> (Résultat R.2.2 des TdR)	Un système d'information à mobiliser pour le Fonds d'Achat est défini et validé
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	<p>La mise en place du fonds d'achat doit aller de pair avec la définition d'un système d'information intégré qui permette un échange facilité des informations.</p> <p>Un travail particulier devra ainsi être réalisé avec la direction en charge du système national d'information de la santé (SNIS) afin de dégager les grandes orientations du futur SI de la gratuité (SIG).</p> <p>Un rapport sur l'élaboration des modes d'organisation et de mobilisation des données validé pour le futur fonds d'achat devra être présenté.</p>
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un rapport d'analyse du système d'information du MSP au niveau central et régional ; ▪ Un rapport du groupe de travail sur l'identification des données utiles au MSP et l'utilisation du DHIS2 ; ▪ Un rapport sur l'élaboration des modes d'organisation et de mobilisation des données validé pour le futur fonds d'achat est présenté.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Pool d'experts court-terme
<i>Planning:</i>	Mois 1 à 12

Sous-composante 2.B : Renforcement des capacités des personnels devant permettre l'opérationnalisation du système de gratuité

L'opérationnalisation du fonds mis en place ne pourra être réalisée qu'à condition que les ressources humaines nécessaires soient mises en place et formées pour saisir à la fois les aspects techniques et les enjeux d'une gestion efficace.

Activité 2.3	Définition d'un plan de formation des personnels du MSP
<i>Résultat 2.3</i> (Résultat R.2.3 des TdR)	Un plan de formation est établi et adopté au sein du MSP et des structures concernées ou impactées par la mise en place du Fonds d'Achat
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	Une étude approfondie des formations existantes et besoins en formations devra être réalisée afin de pouvoir proposer un plan de formation pertinent. Ce plan de formation devra être discuté à l'occasion d'un séminaire et validé avec le MSP.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un rapport d'étude approfondie des formations existantes et besoin de formation pour un fonds d'achat effectif mises en place par le MSP; ▪ Un rapport de séminaire sur l'adoption en consensus d'un modèle de formation et de clarification des champs d'intervention.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet
<i>Planning:</i>	Mois 4 à 12

Activité 2.4	Formation des personnels déconcentrés/locaux
Résultat 2.4	Des ateliers sont organisés afin de disséminer l'information aux personnels de terrain
<i>Administration cible:</i>	Administrations locales, Directeurs d'hôpitaux, Inspecteurs
<i>Description:</i>	Au cours du projet, un ou deux séminaires seront organisés à Niamey afin de communiquer auprès des personnels de terrain en particulier les inspecteurs et les directeurs d'hôpitaux, sur le projet, les aspects opérationnels de la mise en œuvre du fonds d'achat, les enjeux de sa mise en œuvre et les éléments de base de la gestion du risque.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organisation de 1 à 2 ateliers à Niamey ; ▪ Fiche d'émargement des participants ; ▪ Rapport de restitution des participants sur les éléments retenus et recommandations pour la suite.
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte Junior
<i>Planning:</i>	Mois 6 et 12

Activité 2.5	Définition d'une stratégie de communication
Résultat 2.5	Une note d'orientation sur la communication relative au système de gratuité est rédigée et approuvée
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, Administrations locales, Directeurs d'hôpitaux, Inspecteurs, etc.
<i>Description:</i>	La mise en place opérationnelle du système de tiers payant requiert un changement des habitudes, en particulier des personnels hospitaliers et personnels assurant le contrôle. Aussi la définition d'une stratégie de communication à leur égard peut permettre de sensibiliser les personnes intervenant aux différents niveaux de la mise en œuvre pour faciliter l'opérationnalisation du fonds d'achat.
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réunion d'information organisée à Dosso (si les conditions sécuritaires le permettent) ▪ Note d'orientation pour la définition d'une Stratégie de communication/Plan de communication relatif au système de gratuité
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte junior
<i>Planning:</i>	Mois 7-12

PHASE DE CLÔTURE

Activité 3	Clôture du projet
Résultat 3	Le rapport final du projet est validé
<i>Administration cible:</i>	Services du MSP concernés par la mise en œuvre du projet: Secrétariat Général ?, Cellule de la gratuité, systèmes d'information, etc.
<i>Description:</i>	<p>Le dernier mois devra permettre de finaliser les derniers rapports techniques et faire le bilan de l'ensemble du projet. Les conclusions seront regroupées dans un rapport final qui synthétisera les avancées majeures du projet et les résultats atteints. Le rapport final contiendra par ailleurs des recommandations à l'attention du MSP pour la poursuite de l'opérationnalisation du système de tiers payant et les étapes vers la CSU.</p> <p>Ces conclusions seront présentées à l'occasion d'un séminaire de clôture auquel seront conviés l'ensemble des services concernés. Les conclusions validées par le MSP seront présentées à l'occasion d'une réunion du GTN/Comité de pilotage</p>
<i>Livrable(s):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapport final approuvé par l'ensemble des parties prenantes ; ▪ Minutes du séminaire final ▪ Liste d'émargement des participants
<i>Ressources humaines:</i>	Chef de projet Experte junior

<i>Planning:</i>	Mois 12 : Le Rapport final sera validé à l'occasion d'un séminaire réunissant l'ensemble des services concernés.
------------------	--

4. L'équipe d'experts proposés

Expertise France assurera la supervision opérationnelle du projet et apportera tout le soutien nécessaire à l'équipe d'experts pour le bon déroulement du projet. Cette fonction de coordination sera supervisée par Andreï TRETAK, Responsable du Pôle Protection Sociale et Travail Décent au sein du Département Capital Humain & Développement Social d'Expertise France, ainsi que Clara LEYMONIE, Chargée de projets et Experte Junior au sein du même département.

Expertise France sera en charge de la coordination des activités, de la mobilisation des experts et du contrôle qualité des livrables, y compris du respect des délais impartis. Expertise France assurera également la gestion administrative et financière du projet.

➤ **M. Bouchaib MOURJANE : Expert résident en financement de la santé, Chef de projet**

M. Bouchaib MOURJANE a une expérience de près de 15 ans dans le secteur de la Protection sociale et le financement de la santé en qualité de Manager d'organismes gestionnaires de l'assurance maladie au Maroc et de Consultant en appui de pays africains.

Il a contribué à l'opérationnalisation du Système Marocain de Couverture maladie Universelle, à travers la participation à la création, l'organisation et la gestion de l'Agence nationale d'Assurance Maladie (ANAM), la mise en place de l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) des salariés et l'expérimentation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) au profit des indigents.

Il a par ailleurs été à la tête d'une mutuelle de santé complémentaire ayant également la gestion par délégation de quelques fonctions du Régime d'Assurance Maladie de Base des fonctionnaires.

Il a plus récemment mené des missions de consultant dans d'autres pays, notamment deux missions de renforcement des capacités en matière d'intégration des mécanismes de financement de la santé dans la CSU, dans le cadre de la facilité Européenne SOCIEUX + gérée par Expertise France, l'une auprès de la mutualité malienne et l'autre auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie du Togo.

Dernièrement il était déployé comme Conseiller Technique/Chef de mission du Programme de Promotion de mutuelles de santé (PMS) au Tchad, financé par la coopération suisse et mis en œuvre par le CIDR dont l'un des livrables est la définition et l'institutionnalisation d'une structure nationale d'achat stratégique de soins pouvant intégrer les mécanismes de financement des soins des personnes vulnérables et pauvres (mutuelles de santé, FBP, gratuité) (en cours de partage avec les partenaires et de finalisation).

➤ **Mme Clara LEYMONIE : Experte junior en couverture maladie en appui du Chef de projet**

Clara LEYMONIE a plus de 7 ans d'expérience dans le domaine du développement international, plus particulièrement dans le soutien à la réforme des systèmes d'assurance maladie. Elle a notamment pris part aux travaux de réflexion de la France sur le plaidoyer pour la couverture universelle dans le cadre de la définition des Objectifs du développement durable (ODD) pour l'Agenda du développement post 2015/OMD.

Elle travaille depuis 5 ans pour le département Capital humain et développement social d'Expertise France où elle a géré plusieurs projets d'appui à la mise en place de l'assurance maladie et la couverture maladie universelle dans les régions d'Afrique subsaharienne, du Maghreb et du Caucase (principalement Sénégal, Maroc et Azerbaïdjan) ainsi que d'autres projets d'inclusion sociale des populations vulnérable dont les femmes et des projets portant sur les politiques familiales. Elle a en particulier travaillé en appui des institutions du Sénégal pendant 6 ans dans l'extension de la protection sociale, en particulier de la couverture maladie. Elle a également contribué aux réflexions du réseau P4H en appui de la réforme de la santé à Madagascar.

Elle a par ailleurs géré la facilité européenne dans le secteur de la protection sociale (SOCIEUX +) qui vise à répondre aux demandes des pays partenaires de l'Union Européenne dans le monde entier.

Forte d'une connaissance approfondie des problématiques liées à la réforme des politiques sociales et à l'extension de la couverture maladie vers la CSU, elle possède une vaste expérience de la gestion de projets européens et de projets financés par l'AFD et un excellent réseau d'institutions françaises et européennes et d'experts spécialisés sur les questions de protection sociale et de couverture maladie.

Elle s'est formée plus récemment aux problématiques liées aux enjeux de genre et d'égalité femmes-hommes d'égal accès des femmes aux ressources essentielles dont la santé.

Dans le cadre du projet elle appuiera le Chef de projet sur les différentes activités et assurera à ses côtés la supervision et la cohérence des actions en tenant compte des objectifs du projet.

➤ **Pool d'experts court-terme**

Forte de son rôle d'ensemblier de l'expertise française mais aussi européenne, Expertise France pourra faire appel son réseau d'institutions pour mobiliser un vivier d'experts des questions d'assurance maladie et plus précisément de pilotage, de gestion du risque et de contrôle médical, de systèmes d'information, d'accès des populations vulnérables et d'égalité femmes-hommes.

5. Calendrier

a) Calendrier par expert

Nom	Position	Contribution du personnel (en homme/jours)														Temps de contribution total (en homme/jours)				
		Mois	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août	Siège	Terrain	Total		
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13					
Experts clés																				
Bouchaib MOURJANE	Expert résident en financement de la santé - Chef de projet	[Appui à distance]																0		
		[Terrain]	5	20	21	22	15	15	20	18	20	18	22	14	10		220	220		
Expertise Court-terme	Experts techniques	[Appui à distance]																0		
		[Terrain]			9	10		9	5	9	10	5	5				62	62		
Clara LEYMONIE	Experte junior en couverture maladie	[Appui à distance]	5															5		
		[Terrain]			5			5					5				15	20		
Total nombre de jours prestés (siège + terrain)			10	20	35	32	15	29	25	27	30	23	32	14	10			302		
Fonctionnement (estimatif)																				
	Voyages			2	2		2	1	1	2	1	2								13
	Per diems			21,5	14,5		14	7,5	14	14,5	7,5	14,5								108

b) Calendrier par activités

Nous proposons à titre indicatif le calendrier d'activités suivant. Il sera nécessaire de préciser ce calendrier lors de la phase de cadrage.

N°	Axes	Activités	Mois															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
			Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill	Août			
PHASE 1	COMPOSANTE 0 - Coordination technique du projet	Activité 0.1 : Lancement et cadrage du projet																
		Activité 0.2: Suivi et pilotage du projet			x				x			x			x			
PHASE 2	COMPOSANTE 1 - Facilitation du dialogue stratégique sur le financement de la santé au Niger et appui à la gouvernance du système vers la mise en place d'une CSU	Sous-composante 1-A : Appui au renforcement et à l'opérationnalisation des organes de pilotage																
		Activité 1.1: Appui au Groupe de Travail Restreint (GTR)			x				x				x			x		
		Activités 1.2: Appui au Groupe de Travail National (ou Comité de pilotage)						x							x			
		Sous-composante 1-B : Animation des discussions stratégiques sur la CSU au Niger et facilitation de la coordination des initiatives des PTF																
		Activités 1.3: Appui à la réflexion stratégique sur la mise en place de la CSU au Niger et à l'articulation des initiatives développées pour y contribuer																
		Activité 1.4: Animation du réseau P4H au Niger			x									x				
		Sous-composante 2-A : Appui à la mise en œuvre opérationnelle du fonds d'achat																
		Activité 2.1: Définition du cadre institutionnel et fonctionnel du fonds d'achat																
		Activité 2.2: Définition du schéma directeur du système d'information de la gratuité																
		Sous-composante 2-B : Renforcement des capacités des personnels devant permettre l'opérationnalisation du système de gratuité																
Activité 2.3: Définition d'un plan de formation des personnels du MSP																		
Activité 2.4: Formation des personnels déconcentrés/locaux																		
Activité 2.5: Définition d'une stratégie de communication																		
PHASE 3	CLÔTURE	Activité 3: Bilan et perspectives																

6 Annexes

Annexe 1 – Résumé du Rapport P4H « Exemption de paiement des soins de livre s aux enfants de moins de 5 ans et des services de santé de la reproduction au Niger : Analyse et proposition de refonte du dispositif dans la perspective de la couverture sante universelle », Alexis Bigeard, août 2018

Condition de poursuite de la gratuité

- L'Etat doit s'engager fermement sur un montant annuel raisonnable et effectivement payable de la ligne budgétaire
- Le Ministère de la Santé doit exiger du Ministère des Finances (Ordonnancement et Trésor) le paiement raisonnablement régulier d'une partie des factures (4 fois par an)
- Les PTF doivent apporter leur concours au financement de la gratuité en complétant le montant des factures autant que possible

Proposition de refonte au niveau des engagements financiers

- Professionnalisation du tiers-payant pour rassurer les payeurs (Etat et PTF)
- Création d'un Fonds Commun fongible « gratuité » abondé par les PTF
- Décaissement des PTFs conditionné par l'effort de l'Etat dans le financement de la santé (% du budget de l'Etat ex-post) et la tenue de ses engagements dans la gratuité (montant et fréquence)
- Envisager l'option d'un copaiement Etat-PTF des factures trimestrielles
- Négociation Etat-formations sanitaires sur un échelonnement du remboursement des arriérés

Proposition technique de refonte: création d'une unité technique « gestion de la gratuité » incluant la gestion risque dans le cadre du Fonds Commun et financé par les PTFs pour:

- Renforcer le contrôle des facturations
- Suivre et analyser les fréquences des recours
- Suivre et analyser les prestations : certains tarifs (gros risques) et certains coûts moyens (sur base tarifaire existante) sont à introduire dans le monitoring
- Appuyer l'amélioration des modes de saisie et de transmission des données
- Procéder aux demandes de remboursement et les suivre
- Suivre et analyser des alternatives de modes de remboursement (à l'acte pour le gros risque et les soins spécialisés, sous forme de lignes de crédit à la Centrale d'Achat au niveau District) • Capitaliser les expériences pilotes

Un appui technique des PTFs sur des zones géographiques pilotes est envisagé pour :

- Tester des modèles de contrôle de l'effectivité des soins (privé, ONG, communautaire)
- Introduire le reporting de la gratuité sous DHIS2
- Appuyer l'amélioration du reporting (détail des prestations et des coûts) • Tester des modèles de remboursement spécifiques
- Accompagner le feedback de la gestion du risque et mettre en œuvre des mesures d'accompagnement de la demande (ex: pour accroître le % de C/S)
- Coupler la gratuité avec des mécanismes de renforcement du système de santé (FBR notamment)

Préparation à la création d'une agence autonome dans le métier et dans le déploiement:

- Embryon de tiers-payant assurant une gestion du risque
- Démarrage du suivi de la rationalité des prestations et des coûts moyens sur base tarifaire existante
- Pilotes de certaines fonctions de proximité (contrôle)
- Appréciation de l'engagement financier de l'Etat pour aller vers a CSU

Annexe 2 – Profil de l'Expert Résident proposé

CURRICULUM VITAE (CV)

Poste	Ingénieur, économiste de la santé
Nom de l'expert :	<i>MOURJANE Bouchaib</i>
Date de naissance :	<i>01 /01/ 1955</i>
Nationalité/Pays de résidence :	Marocaine

Formation Générale :

Ecole Mohammedia d'Ingénieurs(EMI)- Rabat- Maroc 1973 - 1978	Ingénieur Génie Civil (Bac+5)
Institut des Ressources Humaines(IRH) du Groupe DIORH- Casablanca- Maroc Novembre 1999- Septembre 2000	Certificat du cycle supérieur en management des organisations et ressources humaines – Promotion 2000
RESSMA (Réseau Economie et Système de Santé au Maghreb) /OMS- Tunisie- 2009	Cours régional francophone de protection sociale en santé
l'INAS (Institut National d'Administration Sanitaire) - Rabat, Maroc, 2011	Cours régional en financement de la santé
CNAM-TS France et INAMI Belgique De 2006 à 2012	Stages de spécialisation en assurance maladie/financement de la santé

Expérience professionnelle : 13 ans d'expérience en **Protection sociale et financement de la santé** en qualité de Manager et de Consultant.

Période	Nom de l'employeur, titre professionnel / poste tenu.	Pays	Sommaire des activités réalisées, pertinentes pour le poste
2015/Présent	Consultant en protection sociale et financement de la santé	Tchad	- Gestion du PMS conformément aux engagements pris par le CIDR envers

	<p>Mission en cours (du 19 novembre 2018 au 30 juin 2019) : Conseiller Technique/Chef de mission du Programme de Promotion des Mutuelles de Santé au Tchad (PMS), Financé par le Gouvernement Tchadien et la coopération suisse et mis en œuvre par le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), ONG internationale de développement.</p> <p>● Référence :</p> <p>M. Mustapha Metaich, Managing Partner et co-fondateur du CABINET EMC – Casablanca-Maroc</p> <p>- metaichmustapha@gmail.com</p> <p>- Gsm : 212 6 61 258546</p>		<p>les partenaires techniques et financiers,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidation technique et organisationnelle de 11 mutuelles de santé de Districts fonctionnelles dans 5 régions et création d'une fédération Inter-régionale de mutuelles, - Conception et institutionnalisation d'une structure nationale, autonome, d'achat stratégique de prestations de soins et gestion d'autres mécanismes de financement (FBR, gratuité) ; - Préparation de la stratégie opérationnelle d'extension progressive des mutuelles à l'échelle nationale s'appuyant sur les organisations de la société civile en particulier les organisations féminines, en articulation avec le projet de mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle au Tchad. - Membre de la Commission technique de la Cellule Interministérielle de Coordination de la Couverture Sanitaire Universelle (CIC-CSU) - Membre de la Commission Technique chargée du suivi de l'élaboration de la Stratégie de Financement de la Santé pour la CSU et de l'élaboration de la Carte Sanitaire - Contribution à l'élaboration du projet de Loi sur la CSU et du panier de soins garanti des trois Régimes de la CSU. <p>Dernières activités réalisées :</p>
--	--	--	--

	<p>● Référence :</p> <p>- Anselme SAM- Directeur Associé du Cabinet Afrique Compétences - GSM : +212662421954 sam@afrique-competences.com</p> <p>Expert en protection sociale et Assurance Maladie</p> <p>Pour le compte du programme « SOCIEUX »</p> <p>EuropeAid-Commission Européenne</p> <p>● Référence :</p> <p>- M. Gian Luca Portacolone Social Protection coordinator SCIEUX+ EU Expertise in Social Protection, Labour and Employment gportacolone@Socieux.eu Tel : = 32 (0) 2.5286628</p> <p>- M. Xavier Coyer/ Expertise France xavier.coyer@expertisefrance.fr</p>	<p>Maroc</p>	<p>- Contribution, en qualité de consultant « Senior advisor », à la mission d'évaluation du RAMED (Régime d'Assistance Médicale) confiée par l'ANAM au Cabinet de conseil EMC.</p> <p>- Animation d'une session de formation, au profit de cadres de mutuelles de santé africaines, portant sur « la gestion technique d'une mutuelle de santé ».</p> <p>- Mali : 2 missions auprès de l'Union Technique de la Mutualité (UTM), en 2015 et 2016.</p> <p>► Renforcement des capacités de l'UTM, en perspective de la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle au profit des secteurs informel et agricole.</p> <p>○ Evaluation de la gouvernance, de l'organisation et du fonctionnement ;</p> <p>○ Renforcement de capacité en planification stratégique ;</p>
		<p>Afrique</p>	<p>○ Appréciation du rôle des associations de la société civile en matière de gestion des centres communautaires de santé (soins primaires), en gestion des mutuelles</p>

		<p>de santé et micro-finance et en développement d' Activités Génératrices de revenus (AGR).</p> <p>- Gabon : 1 mission auprès de la Caisse de Pensions et Prestations Familiales(CPPF) des agents de l'Etat, en 2017.</p> <p>► Révision et orientation de la stratégie organisationnelle.</p> <p>- TOGO : 2 missions auprès de l'Institut National de l'Assurance Maladie (INAM), en2018.</p> <p>► Analyse et orientation du cadre de conventionnement (conventions de partenariat) et formation des partenaires aux conventions.</p> <p>○ Evaluation du cadre et de l'état des lieux (Analyse SWOT) de la relation conventionnelle avec les partenaires ;</p> <p>○ organisation et animation d'un atelier de renforcement de capacité sur « la conception et le développement d'une relation conventionnelle, basée sur le partenariat, en référence aux règles de bonnes pratiques en Europe et dans le monde » ;</p> <p>○ Appréciation du degré d'appropriation et de mise en œuvre de « l'approche contractuelle », par le</p>
--	--	--

			ministère de la santé, notamment au niveau de l'implication des populations et leurs représentants locaux et la délégation de la gestion des centres de santé aux associations de la société civile et aux ONG internationales, comme préconisé par l'OMS.
2012/2015	<p>Directeur Général de la Mutuelle Générale de l'éducation Nationale (MGEN) du Maroc :</p> <p><i>Première mutuelle du pays (350 000 adhérents, un réseau important de sections régionales et d'unités sanitaires, 900 salariés).</i></p> <p>● <u>Référence :</u></p> <p>- M. M. Miloud MASSIDE, Président de la MGEN – Casablanca- Maroc</p> <p>massidmil@gmail.com</p> <p>Tel : 212 5 22295168</p>	Maroc	<p>- Management technique, administratif et financier portant sur l'ensemble des structures de la mutuelle (Siège, antennes régionales et structures socio-sanitaires) ;</p> <p>- Initiation et pilotage du plan de restructuration et de modernisation de la mutuelle ;</p> <p>- Supervision et optimisation de la gestion déléguée de l'AMO pour le compte de la CNOPS (soins ambulatoires) ;</p> <p>- Supervision de la gestion de la complémentaire santé de la mutuelle offerte par la mutuelle ;</p> <p>- Supervision de la gestion de la caisse de retraite/décès de la mutuelle ;</p> <p>- Supervision de la gestion des structures et prestations socio-sanitaires de la mutuelle.</p>
2006/2012	<p>Directeur du Conventionnement et de la Normalisation</p> <p>Agence Nationale de l'Assurance Maladie du Maroc (ANAM)</p> <p>Agence créée en 2005, conformément aux dispositions de la loi 65-00 portant code de la couverture médicale de base, chargée de l'encadrement technique</p>	Maroc	<p>- Contribution à la mise en place et l'organisation de l'ANAM et la mise en œuvre de ses plans de développement ;</p> <p>- Contribution à la mise en place de l'AMO et élaboration des procédures et documents de gestion de ce régime (normalisation) ;</p> <p>- Responsable hiérarchique de l'équipe médicale de l'ANAM (médecins et pharmaciens) ;</p> <p>- Responsable du développement du partenariat et des conventions nationales avec les prestataires ;</p>

	<p>et de la régulation des régimes de l'AMO (assurance maladie obligatoire) et de la gestion du RAMED pour les indigents.</p> <p>● <u>Référence</u> :</p> <p>- M. Naoufal ELMALHOUF, Directeur du Conventionnement et de la Normalisation</p> <p>malhouf@anam.ma</p> <p>Tel : 212 53768960</p>		<p>- membre du comité de direction de l'ANAM et du comité de pilotage des projets internes et externes liés au développement et à l'évaluation de la Couverture Médicale de Base ;</p> <p>- Contribution à la mise en place du RAMED ;</p> <p>- Responsable de l'élaboration du rapport annuel sur l'AMO.</p>
<p>1984-2005</p>	<p>Hautes fonctions au sein de l'OFPPT (Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail) du Maroc.</p> <p>Directeur d'Instituts de Technologie Appliquée(ITA)</p> <p>Directeur régional,</p> <p>- de la Région du Centre Nord (Axe Fès – El Hoceima)</p> <p>- du dispositif du Grand Casablanca (50 établissements de formation, 50% de la formation continue de l'OFPPT, management de 1500 cadres et agents.</p> <p>Directeur central de la Stratégie et du développement</p>	<p>Maroc</p>	<p>- Management stratégique et opérationnel du dispositif de formation professionnelle de l'OFPPT</p> <p>- Directeur de 3 ITA (Marrakech / Casablanca) : GRH/ Budget/ Logistique/Activités pédagogiques.</p> <p>- Directeur Régional de 2 grandes Régions : Planification/ Pilotage et animation du réseau / coordination / Contrats d'objectifs et de moyens/supervision de la gestion : (GRH/Finance et budget/logistique)/ supervision des activités de formation.</p> <p>- Directeur du développement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ plans de développement de l'OFPPT ▶ coopération internationale : suivi et évaluation des programmes et projets (Banque Mondiale, UE, AFD, coopération bilatérale. ▶ Responsable du développement du partenariat avec les associations professionnelles ▶ Responsable du suivi de l'insertion des lauréats dans la vie active ▶ responsable de la communication institutionnelle de l'OFPPT.

	<p>●Référence :</p> <p>- Direction Générale de l'OFPPPT</p> <p>Tel : 212 (05) 22 63 44 44</p>		<p>- Grande Expérience en matière d'ingénierie de formation et d'animation de sessions de formation et de perfectionnement.</p>
--	---	--	--

Langues pratiquées : Français(Courant), Anglais(Usuel), Arabe (Langue maternelle) _



73, rue de Vaugirard - 75006 Paris
01 70 82 70 82 - accueil@expertisefrance.fr
www.expertisefrance.fr