

EXPERTISE FRANCE



Assistance Technique en appui à la mise en place de la Couverture Maladie Universelle au Niger

Rapport de cadrage de la mission

31 Octobre 2019

Version Validée



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

Rapport de cadrage de la mission

31 Octobre 2019

Version validée

Expertise France - Agence française d'expertise technique internationale

Département Capital Humain & Développement Social
Pôle Protection Sociale & Travail Décent

Bouchaib Mourjane, Assistant Technique Résident auprès du Ministère de la Santé Publique du Niger
– Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION :	6
1. PREAMBULE : PERTINENCE DE L'ASSISTANCE TECHNIQUE AU REGARD DU CONTEXTE DE LA CSU AU NIGER	8
2. CONTEXTE DE PROGRESSION VERS LA CSU	9
3. CADRAGE DE L'INTERVENTION.....	12
4. ETAT DES LIEUX ET CONSTATS PRINCIPAUX	16
5 PREMIERES ACTIVITES REALISEES DEPUIS L'ARRIVEE DE L'EXPERT RESIDENT	24
6. ANALYSE ET POINTS D'ATTENTION	27
7. MÉTHODOLOGIE	35
8. RECAPITULATIF DES PRINCIPALES ACTIVITÉS PAR RESULTAT ATTENDU	41
9. CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE.....	43

LISTE DES ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
AT	Assistance Technique
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation/MSP
DHIS2	District Health Information System 2
DNS	Dépense Nationale de Santé
EF	Expertise France (Agence Française d'Expertise Technique Internationale)
FBR	Financement Basé sur les Résultats
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
SI	Système d'information
TMM5	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
UCP	Unité de Coordination de Projet

INTRODUCTION

La République du Niger, à travers la stratégie de réduction de la pauvreté, s'est engagée à œuvrer pour le renforcement de la qualité des prestations sanitaires notamment par l'amélioration de l'offre et de la demande de soins aux populations vulnérables.

A l'instar d'autres pays d'Afrique, le Niger avait souscrit aux stratégies proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la mise en place des Soins de Santé Primaires en 1978 (SSP) et bien plus tard à l'Initiative de Bamako (IB) en 1989. Cette participation financière des usagers s'est très vite révélé un obstacle majeur dans l'accès aux soins de santé primaires. La contribution des usagers, même parfois modique en valeur absolue, a toujours constitué un effort financier de taille pour une large partie de la population et les ménages malgré leur état de pauvreté demeurent la principale source de financement de la santé.

L'introduction de la politique de gratuité des soins de santé, en 2006 par le Gouvernement au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans, s'inscrit dans le cadre de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) 1, 3, 5 et ODD 10. Elle vise de manière spécifique l'atteinte des objectifs suivants :

- Accroître l'accès des services de santé aux plus pauvres et vulnérables ;
- Renforcer les activités de santé de la reproduction ;
- Accroître la viabilité financière des services de santé.

Cette politique, encadrée par plusieurs textes juridiques et réglementaires, consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans que celle-ci ne participe au paiement direct des prestations reçues. L'Etat, en tant que garant de la santé de la population, s'est substitué en tiers payant pour la prise en charge de ces prestations fournies gratuitement aux cibles. Elle ne consiste pas en une annulation du tarif, du coût de soins ou de la participation des populations aux coûts des soins, mais d'un transfert vers un tiers payant (Etat).

Pour les femmes, les prestations de soins de santé rendues gratuites sont : la planification familiale, la consultation prénatale, la césarienne/grossesse extra utérine/rupture utérine, la prise en charge du cancer gynécologique. Quant aux enfants de moins de cinq (5) ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs.

En plus du rôle bénéfique que joue la gratuité des soins de santé dans la facilitation de l'accès financier et l'amélioration du taux d'utilisation des centres de santé par la population cible,

Les indicateurs¹ suivants confirment les résultats encourageants obtenus, notamment, au niveau de la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cependant, ces mêmes indicateurs renseignent sur le degré de précarité de la situation sanitaire et nutritionnelle de cette population et des efforts à consentir pour l'atteinte des objectifs tracés :

- Le taux de mortalité infantile a fortement baissé, passant de 76 pour mille en 2010 à 51 pour mille en 2015 ;
- Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq (05) ans est quant à lui passé de 177,6 pour mille en 2009 à 114 pour mille en 2015, réalisant ainsi l'OMD 4 ;
- Bien que le taux de mortalité maternelle soit passé de 554 en 2010 à 520 décès pour cent mille naissances vivantes en 2015, il reste insuffisant ;
- Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié, bien qu'ayant progressé, reste encore à un niveau relativement faible de 42,26% en 2015 contre un objectif du PDES 2012-2015 de 60% ;
- Cette évolution est à mettre en relation avec celle de la mortalité maternelle qui a connu également une baisse très peu sensible ;
- A cela s'ajoute, la faible évolution du taux de couverture en consultations prénatales N4 (passant de 36,33% en 2012 à seulement 38,5% en 2015 pour une cible PDES 2011-2015 de 60%) ;
- En matière de nutrition, les taux de malnutrition, toutes formes confondues, indiquent que le Niger dépasse les seuils globalement admis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ainsi, le taux de prévalence de la malnutrition est de 14,8% qui est au-dessus du seuil d'alerte de 10% ;
- Aussi, près d'un (01) enfant de moins de cinq (05) ans sur deux (soit plus d'un million et demi d'enfants) souffre aujourd'hui de malnutrition chronique ;
- En outre, plus du quart (27%) des enfants nigériens (soit plus de 225 000 chaque année) naissent avec un faible poids de naissance, indication d'un retard datant de la vie intra-utérine. Ce retard est souvent lié au statut nutritionnel de la mère (notamment si elle a souffert de malnutrition chronique durant sa petite enfance) et à son âge.
- Enfin, la malnutrition aiguë affecte chaque année plus d'un million d'enfants dont au moins 350 000 sous la forme la plus sévère (MAS). Parmi ces cas de MAS, quelque 55 000 enfants présentent des complications médicales sérieuses qui nécessitent une hospitalisation et des soins intensifs. De tels niveaux de malnutrition au Niger ont des conséquences alarmantes. En

¹ Diagnostic PDES 2017-2021

effet, Plus de 46 000 décès annuels d'enfants sont estimés être liés à la sous-nutrition (toutes formes confondues : malnutrition chronique, aigue et carence en micronutriments).

Pour faciliter le remboursement des frais des soins fournis par les établissements sanitaires, une ligne budgétaire a été créée en 2006, dans le budget du Ministère de la Santé Publique en faveur de la gratuité des soins de santé.

Cependant, en dépit de la volonté des autorités d'améliorer l'accès des populations aux services de santé, des difficultés ont été relevées dans la mise en œuvre de la gestion de la politique de gratuité de soins de santé, liées notamment à sa gestion et à son financement marqué par une insuffisance structurelle manifeste.

En vue de faire face à de telles difficultés et atteindre les objectifs du PDS, plusieurs PTFs et certaines ONGs ont porté leur contribution aux efforts consentis par l'Etat dans ce sens.

C'est ainsi que l'AFD a apporté un appui financier et technique substantiel à travers le projet I3S au profit du système de soins et de la population de la Région de DOSSO. Le projet a pour objectif général d'améliorer la santé des enfants de moins de cinq ans du Niger en favorisant leur accès aux soins de santé. Son objectif spécifique initial visait 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 au Niger, à travers l'appui à la mise en œuvre du fonds social santé au Niger (FSSN)/mécanisme d'exemption du paiement des soins.

Les stratégies retenues portaient sur : (1) une amélioration du suivi, du contrôle et de la gouvernance du mécanisme d'exemption de paiement des soins à tous les échelons ; (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.

Devant l'atteinte partielle des résultats et objectifs escomptés et suite à l'évaluation in itinere du projet I3S en 2018, l'Etat Nigérien et l'AFD ont convenu de proroger la dernière phase du projet d'une année supplémentaire et la réorienter pour l'atteinte des 2 objectifs suivants :

1. Permettre une recapitalisation en intrants de structures de la Région de DOSSO avec l'appui de l'UNICEF ;
2. **Appuyer la réflexion du MSP sur la mise en place d'un Fonds d'Achat des prestations de soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans** (gestionnaire en tiers payant des gratuités, potentiellement couplé à un FBR harmonisé).

Cette dernière Assistance Technique, confiée à Expertise France et objet du présent rapport de cadrage, a une durée d'une année. Elle a débuté le 23 septembre 2019 pour s'achever le 22 septembre 2020.

1. Préambule : Pertinence de l'assistance technique au regard du contexte de la CSU au Niger

Tirant les enseignements de l'expérience en cours, de mise en œuvre de la politique de gratuité au Niger, le MSP avec l'appui des PTFs a l'ambition d'œuvrer pour la consolidation des acquis d'une telle politique et de son inscription dans le processus, en construction, d'acheminement du pays vers l'atteinte des objectifs de la CSU et des ODD.

Le document de « Stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle au Niger – 2021/2030, dont le premier draft vient d'être élaboré en octobre 2019, confirme ce choix en faisant du « **fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement** pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes » un axe stratégique majeur en ces termes : « La politique relative à cette exemption est **la politique nationale « phare » en matière de couverture du risque maladie**. Elle a vocation à offrir une couverture financière importante à environ un quart de la population. Son fonctionnement dans des conditions optimales constituera donc un pas gigantesque vers la CSU. Pour ce faire, une refonte du dispositif est nécessaire qui garantisse aux financeurs l'effectivité des soins faisant l'objet d'une demande de remboursement et l'utilisation optimale de ces financements.

Ceci sera fait d'une part avec le transfert de la gestion à une unité de gestion professionnelle. D'autre part, le dispositif sera efficace et pérenne à condition que les financements soient effectifs et correspondent au minimum aux coûts de prise en charge non couverts par les salaires et subventions à l'offre de service. Ces financements, issus de l'Etat et des partenaires financiers, doivent être mis à disposition dans des conditions de fluidité et de garantie de décaissement régulier au plus haut niveau de l'engagement de l'Etat ».

La présente mission d'assistance technique s'emploiera, plus particulièrement, à accompagner le MSP et le GTR dans la définition du cadre institutionnel et fonctionnel de ce nouveau dispositif rénové et professionnalisé.

L'expérimentation de son opérationnalisation, dès 2021, au niveau de la Région de DOSSO et éventuellement d'autres districts, servis ou non par les mécanismes de FBR, pourrait être envisagée et anticipée, à travers un nouveau projet d'appui à la mise en œuvre de la CSU conjointement financé par l'Etat et les PTFs et dont le montage technique et financier pourrait avoir lieu parallèlement au déroulement de la présente mission.

2. Contexte de progression vers la CSU

2.1. Sur le plan international : Des engagements forts pour progresser vers l'atteinte des objectifs de la CSU et des ODD

Sur le plan international, deux évènements récents d'une grande importance marqués par des engagements forts, pris au plus haut niveau des Etats membres de l'OMS dont le Niger en fait partie.

2.1.1. Conférence d'Astana/ 40 ans après celle d'Alma-Ata

Les travaux de cette conférence mondiale sur les soins de santé primaires, se sont déroulés à Astana au Kazakhstan, les 25 et 26 octobre 2018, pour célébrer le 40ème anniversaire de la première conférence internationale sur les soins de santé primaires, qui avait eu lieu à Alma-Ata, dans le même pays. Organisée sous le thème : « d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable », sa déclaration finale a été entérinée par l'ensemble des chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres de l'OMS.

L'engagement pris par ces derniers, à travers cette déclaration, réaffirme la nécessité de valoriser davantage le rôle des soins de santé primaires dans les activités nationales en faveur de la CSU.

Pour ce faire, des actions concrètes doivent être prises autour des 4 axes suivants :

- i) Donner les moyens d'agir aux citoyen-ne-s pour qu'ils/elles s'approprient leur santé et leurs soins ;
- ii) Faire des choix politiques audacieux en matière de santé ;
- iii) Placer la santé publique et les soins primaires au centre de la couverture de santé universelle ;
- iv) Harmoniser le soutien des partenaires avec les politiques, les stratégies et les plans définis à l'échelle nationale.

2.1.2. Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'ONU sur la couverture sanitaire universelle « Couverture sanitaire universelle : s'unir pour construire un monde plus sain »

Les chefs d'Etat et de Gouvernement réunis aux Nations Unies le 29 septembre 2019 pour la première fois sur le sujet spécifique de la CSU se sont engagés fermement à atteindre la CSU d'ici 2030, en vue d'intensifier l'effort mondial pour « un monde en meilleure santé pour tous »

Les chiffres rappelés à cette occasion sur l'état sanitaire et nutritionnel des populations dans le monde et du chemin qui reste à parcourir pour satisfaire leurs besoins élémentaires en santé montrent l'urgence de passer à l'acte pour redresser les situations et accélérer les processus engagés pour la CSU :

- au moins la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiels et au rythme actuel, jusqu'à un tiers de la population mondiale restera mal desservie d'ici 2030, sans accès aux services de santé ;
- plus de 800 millions de personnes consacrent au moins 10 % de leur revenu familial aux soins de santé ;
- les paiements directs poussent près de 100 millions de personnes dans la pauvreté chaque année ;
- environ 8 millions de vies sont perdues chaque année, qui devraient être traitées par le système de santé dans les seuls pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- un tiers des dépenses de santé mondiales est couvert par dépenses directes des ménages alors que moins de 40 % du financement des soins de santé primaires provient de sources publiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

En matière de financement de la santé, l'engagement est pris pour :

- Accroître les dépenses publiques domestiques et accroître la mise en commun des ressources allouées à la santé et maximiser l'efficacité et l'équité des dépenses de santé, fournir des services de santé essentiels rentables, améliorer la couverture des services, réduire l'appauvrissement et assurer la protection des risques financiers ;

- **Accroître les allocations budgétaires sur la santé** en fonction de l'architecture du système de santé national, élargir l'espace budgétaire et donner la priorité aux dépenses dans le secteur de la santé, en **mettant l'accent sur la couverture sanitaire universelle** ;

- A cet égard encourager les pays, en particulier ceux qui n'ont pas encore atteint **l'objectif minimum de 5 % du PIB pour les dépenses publiques de santé**, d'augmenter les dépenses publiques de 1 à 2 % du PIB supplémentaires pour élargir l'accès de tous à des ensembles de services de santé essentiels déterminés à l'échelle nationale, en vue d'atteindre cet objectif ou plus d'ici 2030.

- Renforcer la capacité des autorités gouvernementales nationales d'exercer un rôle stratégique de leadership et de coordination et de renforcer la capacité des autorités locales à s'engager avec leurs communautés respectives ;

- **Assurer un leadership stratégique de la CSU au plus haut niveau politique** et promouvoir une plus grande cohérence des politiques et des actions coordonnées par le biais d'approches de politique globale et de santé en tout, et forger une société coordonnée et intégrée et une réponse multisectorielle, tout en veillant à aligner le soutien de toutes les parties prenantes aux politiques nationales de santé.

2.2. Sur le plan national : une nouvelle dynamique enclenchée, pilotée par le MSP, portée techniquement par le GTR et appelée à se traduire par des réalisations concrètes sur le chemin de la CSU

Dans le Programme de Renaissance Acte II, le Président de la République du Niger a pris l'engagement de relever les défis d'améliorer l'état de santé de la population de manière significative. A terme, l'objectif poursuivi est de garantir la bonne santé, de promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, d'éradiquer les principales maladies (ODD3).

Cet engagement au plus haut niveau de l'Etat a été réaffirmé lors de l'approbation de la déclaration de l'ONU de septembre 2019 sus-indiquée.

Sur le plan du pilotage, le gouvernement a mis en place le Groupe technique National (GTN) dès 2014 avec pour mission de conduire le processus de mise en œuvre de la CSU. Pour résoudre le problème lié à la faible fonctionnalité de ce dernier, le gouvernement a mis en place le Groupe Restreint de Travail (GTR). En plus de ces organes, le pays dispose d'un cadre stratégique devant contribuer à faire avancer l'agenda de la CSU (Plan Développement économique et Social, Politique Nationale de Protection Sociale, Politique Nationale de la Santé, Plan de Développement Sanitaire, loi sur la Protection Sociale, etc.).

Comme traduction de cette volonté politique, le MSP avec l'appui de ses partenaires a pris plusieurs initiatives :

- Adoption par le gouvernement en 2017 de la politique nationale de santé, dont la vision est fondamentalement tournée vers la CSU ;
- élaboration du PDS 2017/2021 pour l'opérationnalisation d'une telle vision ;
- initiation de plusieurs chantiers couvrant les 6 piliers du système de santé du pays qui seront présentés et évalués lors des « Etats généraux de la santé axée sur la CSU » qui auront lieu dans les quelques semaines à venir.

Le projet de refonte du dispositif actuel de gestion de la gratuité est considéré par la plupart des acteurs concernés et par l'ensemble des PTFs comme l'un des chantiers les plus structurants de mise en œuvre de la CMU, dans la perspective de la CSU.

La question d'harmonisation des différents mécanismes de financement de la santé (gratuité, FBR Enabel, fonds d'achat FBR Kfw, projet BM d'achat de prestations de l'accouchement assisté, entrants Unicef...) dans le cadre d'une vision globale CSU en constitue un enjeu majeur.

L'initiative P4H, avec l'appui technique de l'OMS, contribue à l'élaboration de la stratégie nationale de développement de la CSU et développe le programme « leadership pour la CSU » qui a pour vocation de préparer l'équipe de haut niveau, appelée à assurer le portage politique et de plaider en faveur de la CSU.

La présente mission d'assistance technique auprès du MSP pour la mise en œuvre de la CMU, décidée par le MSP en accord avec l'AFD, suite à une relecture du programme I3S à la lumière des ODD, s'inscrit dans ce contexte et dans la dynamique qui en découle, en dépit d'un cadre

macro-économique plutôt défavorable aux secteurs sociaux, au premier titre desquels le secteur de la santé.

3. Cadrage de l'intervention

3.1 Logique d'intervention et résultats attendus de l'assistance technique

Rappel des objectifs de la mission :

Conformément à la nouvelle orientation donnée au projet I3S, cette mission d'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
--------------	--

3.2 Rappel des missions de l'expert résident

L'assistance technique porte essentiellement sur les trois volets complémentaires suivants :

- i) La refonte du mécanisme actuel de financement et de gestion de la prise en charge de l'exemption de paiement des prestations de santé au profit de la femme enceinte et de l'enfant de moins de cinq ans ;
- ii) L'appui au pilotage stratégique du processus de mise en œuvre de la CMU, dans la perspective de la CSU (Stratégie nationale de la CSU, instances de portage politique et de pilotage stratégique/ Groupe leadership pour la CSU-GTN)
- iii) L'appui au pilotage technique du processus (accompagnement du GTR dans son fonctionnement et la réalisation de son plan d'action).

L'assistant technique résident, en sa qualité de chef de projet, assurera l'ensemble de la mission d'assistance technique et sera responsable de la remise de l'ensemble des livrables et du rapport final. Il assurera personnellement la réalisation des composantes ii) et iii). Il réalisera la composante i) 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.

En plus et compte tenu de la diversité des assistances techniques œuvrant dans le champ du financement de la santé qui sont actuellement mobilisées autour du Secrétaire Général du MSP, ce dernier envisage la définition d'un cadre d'orientation qui permettra de les mettre ensemble pour une meilleure coordination et utilisation des expertises disponibles.

3.3 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.**

Enjeux en lien avec l'OS1 :

Le chemin vers la CSU est long et le GTR vient d'entamer les travaux techniques de définition 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.

C'est le GTN qui est appelé à assurer la mission de conduite du processus de mise en œuvre de la CSU, bien qu'aujourd'hui cette instance soit encore inactive. Le GTR a été mis en place pour l'assister sur le plan purement technique.

Tout l'enjeu est de pouvoir parachever la construction du dispositif de gouvernance du pilotage du processus de mise en œuvre de la CSU, à partir d'une définition claire des fonctions de pilotage politique, stratégique et technique.

En plus, des voies de coordination et de synergie seront pensées pour tenir compte des nouvelles instances de pilotage de la réforme du système de protection sociale au Niger, à savoir :

- le comité interministériel d'orientation de la protection sociale (CIOPS) placé sous l'autorité du premier ministre. Ce comité a pour mandat l'orientation et le portage politique de la protection sociale en veillant au contrôle de la bonne exécution de la politique nationale de la protection sociale.
- et, le comité technique, chargé de la conduite du processus de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale et placé sous la présidence du ministère en charge de la protection sociale.

A côté de cet enjeu de gouvernance du processus de mise en œuvre de la CSU en vue de son opérationnalisation, **un second enjeu porte sur la coordination et l'alignement des mécanismes de financement de la santé dans le cadre d'une vision globale CSU.**

A ce titre, la présente mission d'assistance technique veillera 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 sera explorée.

Les projets en question et leurs promoteurs réservent une place de choix à la question d'harmonisation des mécanismes de santé dans la perspective d'un passage à l'échelle coordonné. Mais pour la réalisation d'un travail aussi structurant, il faudra lui trouver un cadre dédié et un « pilote » qui a la « légitimité » institutionnelle pour le concrétiser.

Le comité de coordination des PTFs et ses commissions thématiques pourront constituer un premier cadre de coordination technique intra-PTFs. Une coordination technique plus large, orientée CSU pourra trouver sa place au sein du GTR avec l'appui de cadrage de la DEP, qui a vocation à planifier, coordonner, suivre et évaluer ces différentes initiatives.

Enjeux en lien avec l'OS2 :

Le fonctionnement du mécanisme de gestion de la gratuité, avec ses atouts et ses réalisations ainsi que ses faiblesses et limites est bien décrit et analysé par une multitude d'études et d'experts nationaux et internationaux. De la même manière, la réflexion autour d'une réforme partielle ou totale du mécanisme en question et les tentatives de recherche de solutions opérationnelles pour le repenser sont également bien documentés.

L'enjeu, aujourd'hui à ce niveau, est de prendre l'option d'une vraie professionnalisation du nouveau dispositif à mettre en place.

Pour cela, il faudra mettre en œuvre une unité technique qui puisse agir en acheteur avisé (passer d'un achat « aveugle » à un achat « éclairé ») d'un paquet de soins dont le contenu et le coût sont maîtrisés, qu'il garantit aux bénéficiaires potentiels (disponibilité, effectivité, qualité, juste prix), qui veille sur la maîtrise médicalisée des dépenses (chaque FCFA dépensé doit être médicalement justifié), qui sait suivre la consommation médicale et lutter contre toutes les formes d'abus et de fraude.

Avant le contrôle technique et financier des factures (au lieu d'un contrôle simplement arithmétique), qui est fondamental, l'acheteur doit savoir ce qu'il achète, pour quel utilisateur, à quel coût réel et à quel tarif. A la place et au lieu d'une relation binaire « Prestataire de soins/ patient), ce nouvel acteur, qui est le tiers-payeur, va pouvoir établir une nouvelle relation triangulaire, qui doit être construite sur une base de transparence et de partenariat avec un acteur majeur, qui est le prestataire de soins et qui doit être impliqué et motivé avec beaucoup d'intelligence et de professionnalisme, Pour adhérer volontairement à cette nouvelle approche.

Ce métier de tiers-payeur, gestionnaire du risque maladie s'avère nécessaire à acquérir par les cadres nationaux pour constituer, ainsi, un premier noyau de structure (organisation, procédures, système d'information) et de ressources humaines qui serviront de base à la création de la future « Agence de Couverture Maladie Universelle » du Pays.

Le second enjeu concerne la gestion du passif lié à l'épuration/apuration des arriérés de paiement des factures. Au-delà des montants facturés et ceux engagés, il est difficile aujourd'hui d'attester de leur exactitude et véracité. Dans tous les cas, une commission conjointe MSP/MF, appuyée par des auditeurs externes pourrait se donner le temps et les moyens pour analyser la pertinence et la conformité des montants déclarés et leurs justificatifs eu égard aux produits médicaux consommés durant la même période. Ce travail qui devra être à la fois technique et pédagogique permettra de régler une partie des factures, progressivement, sur la base de critères de performance et de bonne gestion des structures sanitaires concernées et sanctionner, éventuellement, celles qui auraient éventuellement fraudé avec preuve à l'appui.

L'essentiel est de trouver un bon compromis pour clore ce dossier, conformément à la réglementation en vigueur, et redémarrer la politique de gratuité sur de nouvelles bases de transparence et de confiance réciproque entre les acteurs.

4. Etat des lieux et constats principaux

4.1. Refonte du dispositif de gestion de la gratuité

Plusieurs études et propositions de réforme du système de gestion de la gratuité et de l'amélioration de ses outils et procédures ont vu le jour et ce, dès le début de la politique de la gratuité². Les dispositifs institutionnels proposés à cet effet se présentent comme suit :

- Création d'un Fonds Social de Santé ;
- Création d'un Etablissement Public de l'Etat(EPE) (2011) ;
- Création d'une Structure de Mission rattachée au Secrétariat général du MSP (2011) ;
- Création d'une Structure de gestion autonome avec des organes décentralisés et un dispositif de suivi par le niveau central (2015) ;
- Création d'une Agence Nationale Autonome de gestion de la Gratuité des Soins (ANAGS) dotée d'un Conseil d'Administration rattachée au MSP /déconcentration du mécanisme à court et moyen terme et décentralisation à long terme (validation par le comité de pilotage de I3S le 31 août 2017) ;
- En réponse à une requête du Ministre de la Santé, les partenaires du réseau P4H ont fait une mission du 17 au 20 Juillet 2018 à Niamey dont la principale recommandation a trait à la gratuité : Mettre en place un Fonds (ou »structure «) d'achat 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.

Il s'agit de constituer une structure de gestion de tiers-payant avec séparation des fonctions de décision, d'exécution et de contrôle (ce dernier est externalisé).

- Suite à la mission P4H, l'étude réalisée en 2018 par l'OMS intitulée « Exemption de paiement de soins délivrés 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 », a proposé la création d'une unité technique de gestion de la gratuité, incluant la gestion du risque dans le cadre du Fonds Commun Santé (FCS) ;
- Dans le prolongement de cette étude, le rapport intitulé « Mission d'appui dans le cadre des états généraux de la couverture du risque maladie/propositions d'options pour l'unité

² Rapport « Mission d'appui dans le cadre des Etats Généraux de la couverture du risque maladie pour la couverture sanitaire universelle au Niger/Propositions d'options pour l'Unité Technique de Gestion de la gratuité/OMS

technique de gestion de la gratuité- juin 2019 », avait réalisé un travail d'approfondissement de 3 options pour l'Unité Technique de Gestion de la Gratuité (UTGG), à savoir :

● **Option 1 : l'articulation de la gratuité avec le Fonds Commun Santé (FCS)**

Il se n'agit non pas d'intégrer la gratuité dans le FCS mais plutôt de développer une synergie avec le FCS en utilisant son dispositif sur toute l'étendue du territoire, ses procédures et ses outils de gestion pour le contrôle, la vérification et les paiements.

Pour ce faire, il faudra :

- Ouvrir un compte gratuité au niveau du FCS ;
- Recruter un responsable de la gratuité et le mettre en relation avec le coordonnateur du FCS ;
- Négocier et obtenir l'adhésion des responsables du FCS à cette option ;
- Mettre en place les mêmes outils de travail et de suivi au niveau de toutes les formations sanitaires.

Cette proposition est transitoire, le temps qu'un dispositif définitif garantissant la transparence et l'efficacité de la gratuité ne soit mis en place.

● **Option 2 : la création d'une agence nationale pour la gratuité**

La création d'une agence pour gérer la gratuité est le souhait de la plupart des acteurs rencontrés. Elle devrait jouir d'une autonomie de gestion et fonctionnera avec souplesse et efficacité.

L'agence garantit la transparence et contribuera au développement de nouvelles expertises. Elle réduira l'interventionnisme politique dans le processus et favorisera le repositionnement des administrations sur des fonctions stratégiques.

● **Option 3 : le renforcement de la cellule actuelle de gratuité**

Dans l'hypothèse que les deux premières options pourraient ne pas aboutir ou bien mettre du temps à se concrétiser, une troisième option est envisagée. Elle consiste à renforcer et améliorer la cellule actuelle de gratuité.

Concrètement, il s'agira de :

- Renforcer l'effectif de la cellule (quantité et qualité) ;
- Recruter un coordonnateur de la cellule ;
- Mettre en place un dispositif de contrôle et de vérification plus efficace ;
- Décentraliser la vérification, le contrôle et le paiement jusqu'au niveau des districts sanitaires ;
- Renforcer la supervision ;
- Développer des synergies avec d'autres acteurs là où c'est possible (FBR, Fonds d'achat Kfw, FCS, autres) ;

- Définir un schéma de reporting et mettre en place des outils à cet effet.

Ces trois options étaient destinées à être présentées au débat entre les acteurs concernés à l'occasion de la tenue des « Etats généraux de la santé axée sur la CSU ». Mais entre-temps, elles ont fait l'objet d'un échange technique entre experts qui a fait émerger une nouvelle alternative.

En effet, le 17 octobre 2019, a eu lieu, une première rencontre d'une équipe de 22 personnes ressources représentant le MSP, les PTfs et la société civile (Lasdel)³. Ses échanges n'ont pas traité les aspects financiers, mais uniquement les aspects institutionnels et organisationnels du dispositif de gestion de la gratuité. Ils ont permis de dégager un certain nombre de constats partagés et une nouvelle option consensuelle de création de l'Unité Technique de Gestion de la Gratuité soumise à l'appréciation du MSP.

Le constat confirme la pertinence de la politique de gratuité et met l'accent sur « le non fonctionnement » de cette dernière. Son redémarrage sur de nouvelles bases solides et transparentes devient une nécessité absolue. Cette reconstruction prendra comme fondations la professionnalisation de sa gestion, qui passera par celle de la fonction de contrôle technique et financier, d'après les participants à la rencontre du 17 octobre. Une partie importante du contrôle devra se faire au niveau local.

Par rapport aux options proposées, l'échange a permis tout d'abord aux participants de mettre à niveau leur propre compréhension de la mission et du fonctionnement du FCS, qui n'est pas une unité de gestion, mais une modalité de financement du PDS qui mobilise une équipe d'experts pour appuyer les entités centrales du MSP selon leurs compétences et leurs besoins dans la réalisation des objectifs du PDS. Son mode managérial et sa gestion financière qui ont montré leur preuve d'efficacité et de bonne gouvernance et qui sont appréciés par tous les acteurs concernés devront servir d'appui à la future cellule de gestion de la gratuité. Cette dernière est proposée comme **une structure** :

- placée sous l'autorité du Secrétaire Général du MSP ;

- jouissant d'une autonomie financière et de gestion ;

- légère dans sa composition, professionnelle et compétente dans son action ;

- fonctionnant en bonne synergie avec le FCS et les mécanismes de FBR, en utilisant, dans un cadre partenarial, les outils de gestion et de contrôle comptables et financiers du premier et les outils de contrôle technique des seconds.

Une deuxième rencontre de l'équipe d'experts est programmée pour le 17 décembre 2019.

³ Compte rendu de la première rencontre technique d'experts sur les options de refonte de la gratuité au Niger

Les questions suivantes sont soumises à la réflexion et à l'apport de l'ensemble de l'équipe, mais chacune d'elles sera approfondie par un intervenant désigné qui va pouvoir exposer son point de vue et ses propositions en atelier :

- Q1 : dispositions règlementaires permettant à la cellule d'avoir une autonomie

Le principe fondamental concerne l'autonomie nécessaire de la cellule, au niveau de son management et au niveau de la gestion de ses ressources autant que possible. La création d'une telle entité au niveau du Ministère de la Santé ne va pas de soi. Quel statut ? Quelle autonomie aura-t-on ? Quel niveau de prise de décision est nécessaire, avec quel acte ?

- Q2 : les contours d'une collaboration avec le Fonds Commun Santé

Il a été conclu que le dispositif du Fonds Commun Santé pouvait probablement être utilisé par la gratuité au niveau de la fonction fiduciaire. Il s'agit de définir très clairement dans quelle mesure la cellule « gratuité » peut s'appuyer sur le fonds commun, pour quoi et comment. Pour la gestion financière de la cellule ? Pour la gestion financière des prestations ? Pour l'audit ? Pour les aspects uniquement comptables ? Quel type d'accord doit être mis en place ? S'agit-il d'une délégation de fonction ? Quel est le coût de cette délégation de fonction ? Qui le prendra en charge ?

- Q3 : dispositif de contrôle technique (effectivité des soins, remboursement dû, et contrôle de la qualité de soins / médical)

Une fonction importante de la cellule est le « contrôle technique ». Il s'agit de vérifier que les soins facturés ont eu lieu (à vérifier au niveau des prestataires et auprès de bénéficiaires), que la facture émise correspond à ce qui a été produit (certes on est sur base de forfaits, mais dans le cas de la présence d'intrants prédisposés on doit vérifier ce qui est effectivement sujet à facturation) ; de plus la cellule doit vérifier la conformité des soins (qualité) notamment avec des audits médicaux. La cellule pourra s'appuyer sur de nombreux projets mais devra aussi avoir sa propre capacité d'intervention. Dans le cas où elle s'appuie sur des dispositifs existants, elle devra conclure des accords. La question est posée in fine sur le dispositif à mettre en place, au niveau central et au niveau local.

- Q4 : conditions et circuit de paiement

Peut-on se satisfaire d'une vérification a posteriori, qui revient au principe d'une avance et d'un ajustement des paiements sur base de l'avance et de la facture à régler. Quel circuit de la dépense simplifié au maximum ? Nous devons également comprendre si le paiement peut / doit se faire aux prestataires directement, ou au niveau District, ou via le niveau Région régional ou central. Nous devons comprendre ce qui doit et peut être fait au niveau de la cellule (et/ou délégué au Fonds Commun Santé) ou même au niveau local, qui permettra au circuit de la dépense d'être plus rapide (avec moins de contrôle).

- Q5 : dépenses en prestations maladies 2021

Il semble aujourd'hui difficile de donner le montant des arriérés, surtout si on entend par là les montants dus, vérifiés ou vérifiables. Peut-on redémarrer la gratuité dans de bonnes conditions en laissant de côté la question des arriérés ? Comment peut-on démarrer, avec une avance aux prestataires ? Quel montant prévisionnel pour couvrir les factures en année 2021 ? Du reste, quelle doit être la base de remboursement des forfaits - avec ou sans médicaments pré positionnés... ? Quelles études et/ou audit à faire rapidement pour disposer des éléments de négociation au démarrage ?

- Q6 : composition de la cellule et son coût

Il n'est pas possible de répondre à cette question sans avoir les éléments de réponse aux questions précédentes, notamment Q1 et Q2. Mais quelles que soient les conclusions sur les questions précédentes, un dispositif minimal peut être assis en termes de ressources humaines et matérielles. On pense aux fonctions de monitoring, de gestion du risque, de supervision, d'IEC. Les profils peuvent être définis ainsi que leur coût. Les ressources matérielles peuvent être définies.

Le résultat attendu de cet échange est de préparer une note synthétique pour le MSP qui recommande la meilleure voie et les variantes éventuelles pour professionnaliser le dispositif de gratuité, les questions à résoudre, et les prochaines étapes suggérées.

4.2. Accompagnement du pilotage stratégique et opérationnel du processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU

Une fois doté de son PDS 2011-2015, le MSP avait élaboré, en 2012, le premier document de stratégie de financement de la santé intitulé « Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la Couverture Universelle en santé au Niger ».

En 2013, le financement de la santé était (et reste) confronté à des contraintes majeures (sous-financement chronique du secteur, prépondérance des ménages dans le financement, quasi-inexistence de système de protection sociale, insuffisance du financement public, dépendance de l'aide extérieure, centralisation excessive des ressources, gratuité de soins souffrant du sous-financement et du retard de remboursement des frais de soins).

Pour faire face à cette situation, le MSP avait créé un Comité technique en charge de réfléchir sur la Couverture universelle en santé au Niger (CUS/N), qui avait pour mandat de :

- Définir un modèle de CUS/N y compris son mécanisme de fonctionnement au niveau central et régional (ancrage, structure de gestion, outils de gestion) ;

- Élaborer les projets de textes législatifs et réglementaires à soumettre au gouvernement définissant les modalités de création et fonctionnement de la CUS/N :
- Présenter les résultats de ses travaux au Comité de pilotage du PDS ;
- Proposer un processus de validation de différents documents issus des travaux ;
- Suivre la mise en œuvre du processus de validation de différents documents issus des travaux de groupes.

Comme contribution au Forum national sur la protection sociale (12-15 novembre 2013), le MSP avait organisé un atelier technique de trois jours (23 – 25 octobre 2013) qui avait proposé 3 options d'une architecture de la CSU au Niger.

L'une des recommandations du Forum était de procéder à la finalisation de l'architecture proposée.

Ce projet a été mis en stand-by et en octobre 2019, le MSP vient d'élaborer le premier draft du document de « **la Stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle du Niger 2021-2030** ». Cette nouvelle stratégie intègre les 3 dimensions de la CSU, à savoir les déterminants de la santé, l'offre et la demande de la santé pour lesquelles 4 orientations stratégiques, déclinées en 10 axes stratégiques sont proposées.

La première orientation stratégique porte sur l'amélioration des déterminants de la santé, selon 3 axes stratégiques :

Axe stratégique n°1 : Amélioration de l'état nutritionnel de la population

Axe stratégique n°2 : Amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement

Axe stratégique n°3 : Amélioration de la lutte contre la pollution

La deuxième orientation stratégique à trait à l'amélioration de l'offre de services de santé, autour de 3 axes stratégiques :

Axe stratégique n° 4 : Amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé

Axe stratégique n°5 : Amélioration de l'accès aux soins et services de santé

Axe stratégique n°6 : Amélioration des prestations de soins et services de santé

La troisième orientation stratégique concerne l'amélioration de la protection financière contre le risque maladie, à partir de deux axes stratégiques :

Axe stratégique n°7 : Assurer le fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Axe stratégique n°8 : Mise en œuvre progressive d'une assurance maladie universelle

La quatrième orientation stratégique vise la rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU, à travers deux axes stratégiques :

Axe stratégique n°9 : un paquet de soins adapté aux besoins et aux moyens nationaux est défini

Axe stratégique n°10 : les financements et autres interventions des partenaires sont davantage intégrés dans les circuits nationaux.

Le plan d'action du GTR pour les mois à venir portera essentiellement sur la finalisation du document et de la feuille de route pour la mise en œuvre d'une telle stratégie.

La stratégie de la CSU qui intègre la refonte de la gratuité et sa réussite comme l'un de ses axes majeurs constitue dorénavant le cadre d'action pour une telle réforme et le référentiel de notre démarche pour la mise en œuvre du nouveau dispositif d'achat des soins de santé au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.

Le cadre institutionnel de la coordination pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU a été créé par l'arrêté n° 232 /PM du 5 décembre 2014 et par l'arrêté n° 309/MSP/SG/DEP/DF du 2 août modifiant et complétant l'arrêté 292/MSP/SG/DEP/DF du 2 août 2016. Ce cadre est constitué de deux organes :

- le Groupe de Travail National (GTN), chargé de conduire le processus de mise en œuvre de la CSU ;
- et, le Groupe de Travail Restreint (GTR) ayant pour mandat d'assister le GTN sur le plan technique.

Le GTN, présidé par le Secrétaire général du MSP, est composé de 73 membres. Quant au GTR, qui émane du GTN, le nombre de ses membres, d'après l'arrêté s'élève à 14 et est présidé par le conseiller en santé du Premier Ministre.

Le fonctionnement du GTN est structurellement handicapé par la nature de sa composition pléthorique et hétérogène, ce qui justifiait la création du GTR. Ce dernier se compose d'une équipe de cadres ministériels et de représentants des PTFs expérimentés et motivés ; Cependant, devant l'inactivité du GTN qui n'a pas, d'ailleurs, suffisamment de matière à traiter, certains organismes non représentés au sein du GTR (comme les mutuelles par exemple) revendiquent leur droit de siéger officiellement au GTR. Devant ce succès, le risque est de voir le GTR s'agrandir davantage, supplanter, ainsi, le GTN et lui prendre son leadership institutionnel.

Comme évoqué plus haut, en face de ces deux instances, il faut rappeler la création et l'installation en mai 2019 du Comité Interministériel d'Orientation de la Protection Sociale (CIOPS) et de son Comité Technique.

La question de la complémentarité et la synergie entre les instances de pilotage des processus de mise en œuvre de la politique nationale de la protection sociale et de la CSU devient une question cruciale et constitue un enjeu majeur. Le MSP devrait construire une vision et une stratégie claires qui lui permettraient de jouer son rôle d'acteur principal en matière de protection sociale, d'une façon générale, ce qui va dans le sens de l'intégration des déterminants de la santé dans la stratégie de la CSU et de consolider son leadership en matière de protection sociale en santé, plus particulièrement.

4.3. Information, sensibilisation et plaidoyer en faveur de la CSU

La contribution de la présente mission d'assistance technique au volet important d'appropriation de la CSU par l'ensemble des acteurs s'inscrit dans la fonction de point focal de P4H au Niger confiée à l'Assistant Technique Résident, sous l'appui et la supervision du Point focal régional (Représentant régional de l'OMS, basé au Burkina Faso).

P4H (Providing for Health) -Initiative de protection sociale en santé) est une initiative mondiale lancée fin 2007 lors d'un sommet du G8 dans le but d'améliorer le cheminement des pays en développement vers la CSU. Les objectifs de P4H consistent à appuyer les pays à élaborer leurs stratégies multisectorielles de CSU et à les accompagner dans la mise en œuvre.

P4H fonctionne comme un réseau de partenaires au développement qui ont décidé de coordonner leurs efforts dans le domaine de la CSU. Le réseau inclut l'Allemagne, la Banque Africaine de Développement, la Banque Asiatique de Développement, la Banque Mondiale, le Bureau International du Travail, l'Espagne, les Etats Unis, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la France, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Suisse. Il a délibérément choisi de ne pas être constitué comme un fonds dans lequel les ressources sont mises en commun. Chaque Agence membre de P4H entreprend des activités qui peuvent être considérées comme des activités P4H pour autant que les autres partenaires en soient d'accord.

Le respect des principes de la déclaration de Paris (appropriation, alignement, harmonisation, ...) constitue une base commune aux partenaires de P4H et le réseau dans son ensemble s'est accordé à concentrer ses efforts sur le niveau national et les réseaux nationaux de P4H. Les niveaux mondial et régional du réseau n'interviennent que pour compléter les capacités disponibles au niveau national.

Le Niger bénéficie des produits de P4H à travers l'animation de « la page Niger » de la plateforme et « le Programme leadership pour la CSU », initiative de P4H dont l'objectif est de faire

avancer la CSU en s'attaquant à ses problématiques non techniques. Une équipe multisectorielle de haut niveau du pays participe à la deuxième session d'Afrique francophone qui réunit les représentants du Cameroun, du Mali, du Niger et du Sénégal.

Ce programme, d'une année, comporte 3 sessions (modules) dont la première a eu lieu à Rabat en juillet 2019, la seconde a eu lieu du 11 au 15 Novembre à Tunis et la dernière est prévue pour le mois de Juin 2020 en France.

Lors de la session de Tunis, l'équipe de leadership pour la CSU du Niger s'est vue renforcée par l'intégration du Président du GTR et de l'AT I3S, en sa qualité de point focal P4H.

A travers l'expérience tunisienne exposée aux participants, l'équipe a pu apprécier l'importance du « dialogue sociétal » dans la construction d'un système de santé national qui se veut inclusif et résilient et dans la mobilisation et l'implication de la société civile et des professionnels de santé pour avancer, ensemble, sur la voie de la CSU.

L'équipe a surtout adopté la question de la refonte de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans comme une première priorité et s'est engagée pour contribuer activement à relever le défi de l'opérationnalisation, de la crédibilisation et de la pérennisation du nouveau dispositif de financement et de gestion d'une telle gratuité.

Pour ce faire, l'équipe mènera ses activités selon un plan d'action préétabli, des réunions périodiques (le premier mardi de chaque mois) pour l'atteinte notamment de deux résultats clés, liés à l'institutionnalisation de la nouvelle structure de gestion de la gratuité à créer, à savoir : l'acte officiel de nomination du directeur, ainsi que l'acte officiel de création de cette dernière.

Plus globalement, le GTR et l'équipe de leadership pour la CSU conviennent de tenir des réunions périodiques d'échange et de coordination en matière de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la CSU. Leurs interventions seront davantage planifiées et coordonnées dans le cadre de la finalisation de la stratégie nationale de la CSU, de son portage politique et de sa mise en œuvre.

5. Premières activités réalisées depuis l'arrivée de l'Assistant Technique Résident (ATR)

Le démarrage de la mission et l'installation de l'ATR ont eu lieu le 23 Septembre 2019 et se sont déroulés dans de très bonnes conditions. Dès ce premier jour, l'ATR a bénéficié d'un bureau fonctionnel dans les locaux du Projet I3S et a été reçu, successivement, par le DEP et le Secrétaire Général du MSP avec lesquels un premier échange fructueux a eu lieu.

Une équipe formée du Président du GTR, du Chef de la Division Financement de la DEP et de la Coordinatrice du Projet I3S s'est mobilisée pour faciliter l'intégration de l'ATR et lui fournir toutes les informations et les documents dont il a besoin pour maîtriser le contexte, l'environnement et les thématiques liées à son intervention. Il saisit cette occasion pour leur exprimer ses vifs remerciements.

Dans ce cadre, l'ATR a réalisé les principales activités suivantes :

- Une première revue documentaire de rapports et études concernant le système sanitaire du Niger et son système de protection sociale, le projet I3S, le financement de la santé et la CSU, le FCS, les initiatives menées par les PTFs notamment celles réalisées par l'Unice, la coopération belge, la coopération allemande et la Banque mondiale ;
- Rencontre de la plupart des directeurs centraux du MSP, des représentants des PTFs et de certains ministères (Ministère chargé des Finances, Ministère chargé de la protection sociale, Ministère chargé du plan), sachant que ces rencontres se poursuivent avec d'autres partenaires ;
- Participation à la réunion du groupe de coordination des PTFs santé du 24/9/2019 : Lors de cette réunion, les différents groupes de travail conjoint (MSP-PTF) thématiques avaient présenté l'état d'avancement de leurs travaux, ce qui a permis d'avoir une idée assez claire des thématiques présentées (médicaments/ Nutrition/CSU/ Evaluation à mi-parcours du PDS/Comité National de Coordination multisectoriel pour la Santé de la Reproduction (CCM-SR)/Information Sanitaire) ;
- Participation à la réunion du GTR du 25/9/2019 : Cette réunion a été une occasion pour présenter l'ATR et faire un point d'information sur les travaux d'atelier de DOSSO portant sur la préparation de la rédaction du draft de la stratégie nationale de la CSU et l'état d'avancement des travaux du GTR ;
- Tenue d'une réunion de travail avec le Président du GTR autour des tdrs de la mission d'assistance technique et des attentes du GTR en matière d'accompagnement ;
- Participation à l'atelier de rédaction du draft de la stratégie nationale de développement de la CSU organisé les 1et2/10/ 2019 par le GTR avec l'appui technique de l'OMS ;
- Visite de la Division Financement de la DEP, le 3/10/2019, et prise de contact avec les cadres de la « cellule gratuité », après le retour du Chef de la Division de sa mission hors Niger ;
- Rencontre du coordonnateur des ptf/FCS, le 4/10/2019
- Mission à Expertise France du 7 au 11/10/2019 ;

- Les 14 et 15/10/2019 : tenue de deux réunions de travail avec le point focal régional du P4H, en mission au Niger en vue de l'animation de la page Niger de la plate-forme P4H et la préparation de la rencontre d'experts pour l'analyse des propositions de refonte de la gratuité des soins ;
- Rencontre avec l'équipe d'ENABEL, le 16/10/2019 ;
- Participation à la rencontre technique d'experts sur la refonte de la gratuité, le 17/10/2019 ;
- Réunion de synthèse avec le Président du GTR sur les résultats des travaux de la rencontre d'experts et sur le projet de la feuille de route de la stratégie CSU, le 21/09/2019 ;
- Rencontre avec l'officier de liaison du GFF, le 22/09/2019 ;
- Participation à la réunion du comité de préparation des « Etats généraux de la santé(EGS) axés sur la CSU », le 23/10/2019 ;
- Rencontre avec le contrôleur de gestion principal du FCS et participation aux travaux de la sous-commission technique du comité de préparation des EGS, en qualité de membre, le 24/10/2019 ;
- Réunion à l'AFD, le 29/10/2019 ;
- Rencontre avec l'AT conseillère en gestion de programme du FCS et la cheffe d'équipe du PSR Tillabérie (Fonds d'achat FBR KFW), le 30/10/2019 ;
- Participation à la deuxième session du Programme de leadership pour la CSU avec l'équipe de leadership du Niger, du 11 au 15 Novembre 2019 à Tunis ;
- Participation à la première réunion de coordination des AT du MSP, présidée par le SG du MSP, le 18 Novembre 2019 ;
- Participation à la réunion « mission AFD au Niger/ PTFs du FCS », le 19 Novembre 2019 ;
- Participation aux travaux de l'atelier national de validation de l'évaluation interne à mi-parcours du PDS 2017-2021, les 21 et 22 Novembre 2019 ;
- Participation à la réunion de débriefing de la mission AFD / Ministre de la santé », le 22 Novembre 2019 ;
- Elaboration du présent rapport de cadrage de la mission.

6. Analyse et points d'attention

6.1. Refonte du dispositif de gestion de la gratuité

La dynamique de réflexion en cours sur la réforme du dispositif actuel de gestion de la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est en passe de se canaliser et s'organiser dans le cadre stratégique de progrès vers la CSU. La réponse à ce qui doit se faire commence à prendre forme avec la définition en cours de la stratégie nationale de la CSU et de la proposition de l'équipe d'experts du GTR. Ces derniers apporteront certainement lors de leur deuxième rencontre, prévue initialement pour le 17 décembre mais reportée à une date ultérieure (coïncidence avec la fête de la République du Niger, célébrée le 18 décembre), des idées nouvelles et des éclairages complémentaires qui seront pris en considération dans le cadre de notre travail de synthèse et de développement des recommandations et des solutions proposées.

Cette mobilisation collective de l'ensemble des composantes du GTR (administration, PTFs, société civile) pour contribuer à la définition du nouveau cadre institutionnel et fonctionnel du mécanisme recherché est salutaire et correspond tout à fait à la démarche participative qui doit guider notre action pour la réalisation de la mission.

Il est bien entendu que la coordination de l'apport des parties à la réflexion globale et la proposition de solutions techniques dans ce cadre relève des prérogatives de la DEP et du GTR.

Si nous pouvons considérer que **le document de la stratégie de la CSU**, même à ce stade de sa finalisation, constitue pour nous **le cadre et le référentiel qui doivent guider notre approche de définition d'un tel mécanisme**, nous retenons **le schéma suivant comme base de travail** :

- Mettre en œuvre une structure, que nous allons nommer provisoirement « **Unité Technique de Gestion de la Gratuité** » (UTGG), servant de **mécanisme de Tiers-payant** qui fait de **l'achat stratégique** des soins de santé ;
- **Rattacher l'UTGG au Secrétaire Général du MSP et la faire doter d'un mode de management ouvert sur les principes de bonne gouvernance, d'autonomie de gestion et de redevabilité ;**
- Faire en sorte **que l'Etat et les PTFs renouvellent leur engagement et leur appui financier et technique pour garantir l'équilibre financier de ce dispositif entre ses recettes (contribution de l'Etat et des PTFs) et ses dépenses techniques et de gestion et accompagner sa mutation, dans le cadre de la CSU, vers une Agence nationale de la couverture maladie universelle.**

Le nouveau dispositif de financement et de gestion de la gratuité ainsi conçu, sa stabilité et sa pérennisation reposeront sur 3 piliers d'un même édifice : une professionnalisation technique, une autonomisation régulée et un financement régulier et pérenne.

6.1.1. Un début de professionnalisation technique : Le nouveau métier de Tiers-payeur et l'importance de la fonction « Achat des prestations de soins »

6.1.1.1. Les principes de base régissant le Tiers-payant :

La fonction d'achat de prestations est au cœur du mécanisme de tiers payant. L'UTGG assurant le tiers-payant se substitue aux patients bénéficiaires pour payer à leur place les prestations dont ils ont bénéficié.

L'achat de prestations repose sur les principes suivants :

- **le conventionnement** du tiers-payant avec le prestataire qui accepte de délivrer les prestations couvertes selon les conditions contractuelles ;
- **la négociation de protocoles thérapeutiques opposables**, définis par des experts nationaux et validés par le MSP. Le prestataire est tenu de les respecter. Ils servent de base de calcul des tarifs forfaitisés et permettent de garantir la qualité des soins.
- **la négociation de tarifs** de remboursement des prestations.
- **la facturation** des prestations de soins effectivement offertes aux patients.
- **le contrôle de l'éligibilité** aux prestations garanties.
- **Le contrôle des prestations** facturées par le prestataire. Le paiement par un tiers qui n'est pas présent lors de la délivrance des soins, expose à différents types de fraudes. Des mesures propres à chaque type de fraude doivent être définies.
- **la redevabilité**. La fonction d'achat des prestations est une fonction déléguée par le MSP à « l'acheteur ». Ce dernier l'assure avec des ressources qui lui sont confiées par les financeurs. De ce fait, il reste constamment responsable et redevable des fonds qui lui sont délégués.

6.1.1.2. Les sous-fonctions du processus d'achat des prestations

L'achat des prestations de soins couvertes s'effectue dans des conditions préalablement négociées avec les prestataires.

Il est loin de se limiter au simple paiement « à l'aveugle » de ces dernières.

La fonction d'achat des prestations comporte les principales sous-fonctions suivantes qui sont présentées sous forme de processus d'achat, formant un tout indissociable.

Ce découpage séquentiel permet de visualiser les sous-fonctions qui s'entrecoupent avec celles du contrôle administratif, financier ou technique assurées par le FCS ou les mécanismes de FBR. Le but sera de voir dans quelles mesures ces fonctions plus ou moins identiques

peuvent être mutualisées pour une meilleure harmonisation et optimisation des mécanismes mis en place.

Sous-fonctions du processus d'achat	Objectif
1. Conventionnement des prestataires	Considérer les prestataires comme un partenaire avec lequel un partenariat de confiance et de collaboration est établi, qui inscrit les structures sanitaires dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité , de respect des tarifs et de prise en charge optimale des patients.
2. Suivi des facturations	Accompagner les structures sanitaires dans l'établissement de factures conformes et dans les délais .
3. Contrôle administratif de la conformité des factures	S'assurer de la conformité des factures à payer sur base des justificatifs et du montant total demandé au regard des prestations déclarées comme réalisées .
4. Contrôle technique et financier des factures par le médecin conseil	S'assurer de la conformité des factures litigieuses à payer, après contrôle administratif, au regard des protocoles de soins et tarifs en vigueur.
5. Saisie et contrôle des données saisies dans le SIG	Automatiser et faciliter la vérification des factures saisies et leur validation par le Médecin conseil . Produire automatiquement des états financiers pouvant être intégrés dans la comptabilité. Produire des indicateurs d'utilisation des services des structures sanitaires par les patients. Calculer le coût total des prestations par structure sanitaire.
6. Paiement des prestataires	Payer le montant effectivement valide de la facture, à l'issue de toute la procédure de traitement des factures.
7. Contrôle technique sur site	Contrôler par le Médecin Conseil (MC) la traçabilité des prestations facturées avant le paiement pour des factures provisoirement rejetées et après le paiement des factures validées.
8. Vérification de l'effectivité des prestations auprès des bénéficiaires	Vérifier l' effectivité des prestations selon plusieurs modes adaptés : simple appel téléphonique/RDV à la structure sanitaire/visite à domicile.

<p>9. Gestion des factures rejetées</p>	<p>Associer les prestataires à la gestion des factures rejetées dans le but que les modifications introduites ou les motifs du rejet, soient acceptés et validés par les deux parties.</p>
<p>10. Gestion des plaintes des bénéficiaires et des prestataires</p>	<p>Gérer les plaintes des bénéficiaires et des prestataires afin de préserver et consolider leur confiance dans le système.</p>
<p>11. Audit médical</p>	<p>Inciter le personnel à améliorer la qualité des soins sur la base de quelques indicateurs facilement mesurable de performance administrative, de gestion, technique et sanitaire rémunérés en coordination avec les mécanismes d'achat d'outputs (FBR).</p>

Ce référentiel d'analyse permet de dégager les points suivants :

- i) Le mécanisme d'achat des prestations de gratuité actuel assure partiellement les sous-fonctions 3 (Contrôle administratif de la conformité des factures), 5 (Saisie et contrôle des données saisies dans le SIG) et 6 (Paiement des prestataires).
- ii) Des synergies seront à trouver avec le FCS pour assurer les sous-fonctions 3 (Contrôle administratif de la conformité des factures), 5 (Saisie et contrôle des données saisies dans le SIG) et 6 (Paiement des prestataires).
Il y a lieu de rappeler que les comptables régionaux du FCS ont dans leurs tdrs la prise en charge de la gratuité.
- iii) Les sous-fonctions 7 (Contrôle technique sur site), 8 (Vérification de l'effectivité des prestations auprès des bénéficiaires) et 11 (Audit médical) feront l'objet d'une analyse technique conjointe avec les promoteurs des mécanismes de FBR (ENABEL, KFW et BM) pour étudier la faisabilité de leurs harmonisation/mutualisation au niveau des sites de leur expérimentation, dans la perspective d'une mise à l'échelle du FBR.

6.1.2. Initiation d'un nouveau mode de gouvernance et d'une autonomisation régulée de l'UTGG

La professionnalisation technique, malgré son importance, ne pourra s'exprimer efficacement qu'à travers un mode de management moderne qui allie bonne gouvernance et une certaine autonomie dans la prise de décision.

La bonne gouvernance trouve sa justification dans le fait que le mécanisme soumis à la réforme bénéficie au quart de la population Nigérienne et s'inscrit pleinement dans le cadre de la protection sociale en santé des personnes vulnérables, qui a pour fondement les principes de la solidarité nationale et doit, de ce fait, se soumettre aux principes de bonne gouvernance.

Dans le cas d'espèce, cette gouvernance se traduit nécessairement par la séparation entre le prestataire de soins, l'acheteur et le régulateur :

- Le prestataire de soins doit se consacrer exclusivement aux attributions qui lui sont conférées en la matière et facturer les prestations rendues à l'acheteur.
- Celui-ci achète les prestations de santé composant le paquet de soins garanti avec la disponibilité, l'effectivité, le juste prix et la qualité requise et assure l'ordonnancement et le paiement des prestations de soins réellement consommées après liquidation des factures (vérification comptable et contrôle médical).
- Quant au régulateur, il a pour rôle d'évaluer et de prévoir les ajustements nécessaires pour assurer le bon fonctionnement du système.

Dans ce cas de figure et nonobstant la relation de base, hiérarchique ou fonctionnelle, qui pourrait lier le régulateur, l'acheteur et le prestataire, celle-ci prend une nouvelle dimension basée sur la contractualisation et la redevabilité.

D'autre part, la question du statut et du degré d'autonomie à accorder à la structure de gestion du fonds d'achat, prévue pour rester sous la tutelle du MSP, constitue l'aspect de gouvernance le plus important mais également le plus complexe à traiter dans le contexte actuel de la réglementation en vigueur et de la culture managérielle ambiante.

Selon notre approche que nous voulons opérationnelle dans le traitement des aspects techniques et organisationnels liés à la mise en place de l'UTGG, nous proposons à la réflexion et à l'appréciation la faisabilité de l'établissement d'un Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) liant l'UTGG et ses partenaires (le MSP et probablement le Ministère des finances et les PTFs).

Le COP permettra de matérialiser le principe de gouvernance évoqué, le mode de gouvernance à mettre en place, les délégations de pouvoirs accordées aux instances de gestion (comité de pilotage, comité de gestion, direction), la lettre de mission et les prérogatives spécifiques accordées à la direction en matière de gestion administrative et financières et les engagements réciproques en matière de ressources allouées et des résultats et objectifs à atteindre).

Enfin, le dernier volet de gouvernance à prendre en considération a trait à la déconcentration des activités de contrôle et de paiement des prestations et à la délégation des pouvoirs d'engagement, de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des dépenses.

Les volets politique (état d'avancement du processus de transfert des compétences et des ressources), réglementaire (lié au statut de l'UTGG) et technique (appui sur les outils et procédures du FCS) constituent les préalables d'une déconcentration qui est sur le principe

dictée par la loi, mais qui ne devrait pas, sur le plan opérationnel, s'ériger en un frein supplémentaire à la réussite du projet sur le court terme.

6.1.3. Un équilibre financier assuré en permanence permettant à l'UTGG d'honorer ses engagements de remboursement des dépenses de soins aux prestataires

Toute la crédibilité du projet de refonte de la gratuité et le principal facteur de succès de cette entreprise repose sur l'engagement de l'Etat, en premier lieu, et de ses partenaires pour mobiliser les ressources nécessaires dans un cadre contractuel à travers un COP, comme il est proposé et accompagner la mise en place et l'appui technique de l'UTGG pendant les premières années de son fonctionnement.

Le document de la stratégie nationale de la CSU considère cette question comme étant le pilier principal de la construction du système de couverture médicale universelle du pays :

« L'évolution de la CSU dépend en grande partie de l'évolution de la protection contre le risque financier et le financement des prestataires de services de santé ; au Niger ceci revient pour le moment au bon fonctionnement du mécanisme de gratuité pour les enfants et les femmes enceintes ; in fine l'évolution immédiate de la CSU dépend largement de la rigueur avec laquelle le mécanisme de gratuité assurera le remboursement des prestataires dans les années à venir. Ceci est la raison pour laquelle **il est fondamental que l'Etat garantisse la budgétisation, la mobilisation, et le décaissement à temps des financements nécessaires aux remboursements des factures de soins de santé de cette gratuité.**

Pour ce faire, la ligne budgétaire consacrée à la gratuité sera abondée année après année de 8 milliards de FCFA au démarrage de cette stratégie (2021) et évoluera en fonction des besoins. Ces derniers seront définis par l'analyse des dépenses en prestations par l'unité de gestion, l'évolution des services proposés, voire la population ciblée si décision est prise de restreindre l'éligibilité à la population la moins solvable uniquement. De plus les partenaires financiers seront largement mobilisés pour participer au financement du régime, dans une collaboration conditionnée toutefois au respect de ses engagements par l'Etat lui-même ».

6.2. Accompagnement du pilotage stratégique et opérationnel du processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU

6.2.1. Finalisation par le GTR du document de la stratégie nationale de la CSU et de la feuille de route de sa mise en œuvre

A l'issue de la rédaction du draft de la stratégie nationale de la CSU, le GTR est appelé à compléter le calendrier de finalisation du document de la stratégie de la CSU en vue de son approbation par le Gouvernement.

Le projet du calendrier propose la réalisation de cette action en 3 phases :

- Phase 1 consacrée à la finalisation technique de la stratégie : entre Novembre 2019 et février 2020 ;
- Phase 2 consacrée à l'appropriation par les acteurs concernés et à la diffusion nationale, y compris l'appropriation politique : entre mars 2020 et juin 2020 ;
- Phase 3 consacrée à la validation de la stratégie par le GTN et le Conseil des Ministres : juillet 2020.

Parallèlement à ces activités, la feuille de route pour la mise en œuvre de la stratégie sera également finalisée et le projet du plan d'action de son opérationnalisation élaboré.

De ce fait, le GTR fera face pour la première fois à un programme de travail chargé qui va probablement poser la question de la disponibilité et de la mobilisation de ses membres, notamment les représentants de l'administration qui devraient être plus impliqués et engagés pour une meilleure appropriation.

Le GTR a visiblement besoin dès à présent d'être doté d'un secrétariat permanent qui puisse assurer la préparation de ses réunions et de leur bon déroulement, ainsi que la rédaction des comptes rendus, de leur diffusion aux membres et le suivi des décisions et recommandations qui en découlent.

Le GTR aurait également besoin de bénéficier d'un espace de réunion et de travail dédié.

En plus, pour pouvoir mener la mise en œuvre de la stratégie, le GTR devra penser à renforcer davantage son organisation en s'appuyant sur une structure administrative permanente, à créer, comportant au moins 3 pôles de développement des orientations et axes stratégiques (financement de la santé et protection financière contre le risque maladie/offre de services de santé/ déterminants de la santé).

6.2.2. Renforcement du cadre de suivi-évaluation de la CSU

La première phase de finalisation technique de la stratégie nationale de la CSU prévoit la définition du cadre de suivi et d'évaluation de la stratégie.

A ce propos, il y lieu de préciser que le texte réglementaire instituant le GTN qualifie ce dernier d'organe d'orientation avec pouvoirs de coordination et de pilotage du processus de mise en œuvre et non pas d'organe de décision.

Sa mission est limitée au pilotage technique de la réforme (définir un modèle d'architecture de la CSU, déterminer une feuille de route pour la mise en œuvre de la CSU...).

Le pilotage du processus est essentiel à la réussite du projet dans ses deux dimensions politique et technique.

Le pilotage politique est fondamental, mais il revient aux autorités du pays d'en définir le contenu précis. Le pilotage politique a pour fonctions :

- d'affirmer continûment la volonté politique d'aboutir ;
- de veiller à ce que les imputations budgétaires nécessaires soient faites ;
- de vérifier l'état d'avancée du processus avec les Ministères concernés ;
- d'organiser la concertation entre ces Ministères : Ministère chargé de la santé, Ministère chargé des finances, Ministère chargé de la protection sociale, Ministère chargé de la fonction publique, ...
- d'arbitrer d'éventuels conflits techniques entre eux ;
- d'encadrer la communication politique autour de la CSU.

Le pilotage technique de la réforme revient au MSP, mais celui-ci doit veiller à ne pas s'isoler des autres Ministères partenaires.

Le GTR dans sa configuration actuelle n'est-il pas la meilleure solution pour cela ?

Dans tous les cas, le GTN/GTR devrait :

- Etre doté d'un règlement pour son fonctionnement (le GTR a préparé un projet de règlement interne) ;
- Avoir un point focal dans chaque Ministère ;
- Organiser des réunions fréquentes des points focaux ;
- Etablir un plan de travail avec des commissions ad hoc, selon ce qu'il faut faire ;
- Définir un agenda.

6.2.3. Contribution du GTR à la définition du cadre institutionnel et fonctionnel de l'UTGG et facilitation de l'harmonisation gratuité-FBR

Le projet de refonte de la gratuité constitue une composante importante dans la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle du Niger et par conséquent une priorité de l'agenda du GTR.

Au vu des résultats de la prochaine rencontre d'experts pour la refonte de la gratuité, un calendrier plus précis sera revu pour permettre à l'ATR d'approfondir /développer les thématiques étudiées et les soumettre de nouveau à une sorte de pré-validation technique du GTR.

Il est proposé également à ce que ce dernier appelle à la formation d'une commission technique gratuité-FBR et à une deuxième commission FCS-gratuité en vue d'aboutir à une réponse commune à la question de synergie à trouver entre ces mécanismes, notamment au couplage potentiel entre la gratuité et un FBR harmonisé.

6.3. Information, sensibilisation et plaidoyer en faveur de la CSU

Comme mentionné précédemment, cette activité est proposée pour avoir lieu entre avril et juin 2020. Elle sera pilotée essentiellement par le GTR et l'équipe de leadership pour la CSU et permettra de vulgariser la stratégie CSU et la promouvoir envers la société civile, les ONG, les syndicats, les associations professionnelles, les chambres professionnelles, l'université, les autorités locales, les districts sanitaires, les mass-médias, ...

Le GTR sera également associé avec P4H/OMS pour contribuer à l'appropriation politique de la CSU à travers des échanges et plaidoyers envers les hautes instances et institutions du pays.

L'ATR contribuera directement à cette activité en tenant compte du temps qu'il devra consacrer à la réalisation des deux premières activités.

7. Méthodologie

7.1. Adoption d'une démarche d'implication de l'expertise nationale et de renforcement de compétences

La mise en œuvre de la feuille de route (en cours de construction) pour atteindre la CMU et progresser vers la CSU est un chantier multisectoriel et multidimensionnel qui porte sur le moyen et le long terme. Il en est de même de la fonction « point focal pays ».

La présente mission d'assistance technique, si elle s'inscrit dans cette orientation, est circonscrite dans le temps (12mois) et vise l'atteinte de résultats bien précis, conformément à ses termes de référence.

- 1. Concernant le projet de refonte du dispositif de la gratuité**, l'ATR s'appuiera sur l'expertise et la contribution des membres du GTR, ainsi que sur une expertise courte durée mobilisée par Expertise France pour la réalisation du résultat suivant :

R1. Un cadre institutionnel et fonctionnel de l'UTGG est défini et validé par le MSP.

- 2. Concernant l'appui au pilotage stratégique et opérationnel du processus de mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU**, l'ATR contribuera à la réalisation des résultats dont les activités sont programmées et réalisables durant la période de déroulement de la mission d'assistance technique, notamment :

R2. Le document de la stratégie nationale de la CSU et de son plan stratégique 2021-2030 est élaboré et validé par le Gouvernement.

R3. Le partage des expériences pilotes menées sur le FBR et les synergies entre elles promues en vue d'un couplage potentiel Gratuité-FBR harmonisé.

R4. Les produits P4H contribuent aux actions d'information, sensibilisation et plaidoyer inscrites dans la feuille de route d'élaboration de la Stratégie Nationale de la CSU.

Pour l'atteinte du R1, les activités à caractère techniques (AT), au nombre de 5, qui feront l'objet d'une étude spécifique et d'une action de renforcement de compétences au profit des cadres centraux et régionaux du MSP se présentent comme suit :

AT1 : Définition du statut juridique et institutionnel de l'UTGG, de sa gouvernance et de son mode de management axés principalement sur l'initiation d'un Contrat d'Objectifs et de Performances (COP).

Le COP est un outil de management des relations entre une ou plusieurs tutelles (MSP et MF) et un opérateur de l'Etat(UTGG). Il s'agit d'obligations réciproques fondées sur des indicateurs clairs et simples. Sa construction doit être très participative entre toutes les parties prenantes. Le **dialogue de gestion annuel** est un moment fort de la vie du COP qui peut avoir une durée moyenne de 3 ans.

Cette activité est proposée pour être menée par une expertise courte durée d'Expertise France appuyée par l'ATR.

Elle se déroulera en deux phases :

Une première phase d'analyse et d'approfondissement de la ou les réponses données à la question Q1 (dispositions règlementaires permettant à la cellule d'avoir une autonomie) par l'équipe d'experts du GTR. Elle portera sur la définition du statut et de la gouvernance de l'UTGG et également sur la faisabilité d'instauration d'une relation contractuelle et partenariale entre l'opérateur de gestion de la gratuité et sa tutelle.

Durant cette première phase (Janvier 2020/10 jours ouvrables) un premier atelier d'information/formation sur le COP et le processus de sa mise en œuvre et de son évaluation sera organisé au profit des cadres du MS, du MF et de certains membres du GTR.

Une deuxième phase (juin 2020/ 10 jours ouvrables) portera sur la confection des outils du COP et sur une formation spécifique à l'intention des responsables et cadres du MSP et du MF (projet du contrat, lettre de mission du Ministre fixant les objectifs du COP, comité de dialogue de gestion, suivi et évaluation du COP,..).

L'objectif étant de préparer un document prêt à être signé et mis en pratique et une équipe de cadres maîtrisant parfaitement l'élaboration, la gestion, le suivi et l'évaluation d'un tel outil de management.

AT2 : Définition des préalables et conditions de l'équilibre financier du dispositif de gestion de la gratuité, à travers :

- la définition du contenu exhaustif et précis du panier de soins actuel de la gratuité (des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans), de son coût et de son financement ;

- la révision de la tarification actuelle et son impact sur le coût de la gratuité et le mode de rémunération des prestataires (fixe et variable), tenant compte ou non des intrants en médicaments et kits de produits médicaux et de l'achat d'indicateurs FBR ;

- l'étude de faisabilité d'une extension éventuelle du panier de soins, notamment aux accouchements assistés et son impact sur le coût de la gratuité ;

- l'évaluation de l'évolution de la consommation médicale et des dépenses de soins y afférentes sur un horizon de 5 ans ;

- l'analyse et la proposition de sources de financement en tenant compte du contexte et des sources existantes et nouvelles de financement ;

- la proposition d'un plan de financement du dispositif de gestion de la gratuité devant garantir son équilibre et sa pérennité sur le plan financier.

Cette activité (Février 2020/21 jours) est proposée pour être menée par une expertise courte durée d'Expertise France, appuyée par l'ATR.

AT3 : Elaboration d'un document sous forme de « manuel de procédures de l'achat des prestations de soins », explicitant les sous-fonctions d'achat en procédures spécifiques.

Ce document servira de base à l'organisation d'un atelier de formation sur le conventionnement des prestataires à l'intention des cadres centraux, régionaux et des responsables des structures sanitaires (Région de DOSSO).

Cette activité sera menée par l'ATR, accompagné par un cadre du MSP désigné (transfert de compétences).

L'élaboration du manuel se fera entre décembre 2019 et février 2020 et la formation aura lieu en mars 2020.

AT4 : Définition d'un Système d'Information et de Gestion (SIG) de la gratuité comme fonction centrale assurée par l'UTGG, idéalement intégrable dans le DHIS2 du SNIS du MSP.

L'achat stratégique des soins de santé et la gestion du risque maladie reposent essentiellement sur un SIG adapté, permettant la remontée d'informations sur la nature des soins délivrés, des prestataires qui les délivrent, des patients qui en bénéficient et des montants des dépenses qui en résultent.

Sur le plan technique et opérationnel, le souhait est de pouvoir intégrer le processus d'achat dans le DHIS2 du SNIS car celle-ci constitue la solution la plus durable.

Cependant la question qui se pose est de s'assurer que le DHIS2 serait capable de supporter un tel processus, géré par un opérateur étatique, relevant du MSP, destiné à évoluer vers la gestion du futur « régime » des indigents et dans une ultime phase à se transformer en gestionnaire de l'ensemble des dispositifs de la Couverture Maladie Universelle.

Toujours sur le plan technique, nous suggérons qu'un tel SIG soit au début le plus simple possible, quitte à ce qu'il ne traite que de données agrégées, facilement intégrables dans le DHIS2, dans le cas où elles ne seraient déjà pas intégrées dans le système.

Une autre question liée à la fragmentation des mécanismes de financement de la santé (dotation en médicaments, remboursement gratuité, FBR KFW, FBR ENABEL et le projet de la banque de financer la gratuité de la santé maternelle) et à leur alignement progressif : de telles initiatives d'harmonisation et de recherche de synergie peuvent commencer à partir de l'alignement des manuels opérationnels et des outils de gestion digitaux. Or, actuellement, ENABEL est en train de mettre en place sa propre base de données « FBR » et KFW est entrain de concevoir son propre système sans aucune coordination avec les autres mécanismes, même s'il exprime le souhait d'aboutir à une telle convergence.

Le couplage souhaité de la gratuité et du FBR devrait prendre racine à partir de la conception des SIG correspondants. Serait-il techniquement de l'envisager dès ce stade de l'avancement des différents projets, avec leurs spécificités et leurs contraintes propres.

Pour éclairer toutes ces questions et proposer une solution pour le « SIG gratuité », nous proposons la mobilisation d'une **assistance technique de courte durée Expertise France, appuyée par l'ATR (Avril 2020/10 jours ouvrables).**

AT5 : Elaboration d'un document sur les procédures administratives, financières et comptables pour la gestion de la gratuité des soins par l'UTGG et d'un plan de renforcement de compétences destiné à son personnel administratif et financier

Nous proposons que cette activité soit menée par **une expertise nationale (de préférence un expert du FCS), appuyée par l'ATR (Juin/juillet 2020- 30 jours ouvrables).**

7.2. Une Unité de Coordination du Projet (UCP) pour le pilotage de la mission d'assistance technique

Pour assurer une bonne coordination des activités de la présente mission d'assistance technique et faciliter son déroulement, nous ne proposons que l'UCP prévue par les tdrs soit composée des membres suivants :

- M. Midou Kailou, Chef de la Division Financement/DEP : Président ;
- M. Karimo Abdou Gallo, Président du GTR : membre ;
- Mme Maty Rakiatou Kindo, Gestionnaire des programmes de santé/DEP : membre ;
- M. Mourjane Bouchaib, ATR : rapporteur.

Le rôle de L'UCP est défini comme suit :

- Présenter les besoins et priorités du MSP par rapport à la mission ;
- Fournir un accès complet à toutes les informations relatives au contexte général du projet, nécessaires au lancement et à la gestion des activités de la mission ;
- Identifier et suggérer à l'équipe projet des synergies potentielles entre la mission et d'autres initiatives pertinentes ;
- Décider conjointement de l'agenda de mise en œuvre et de ses ajustements éventuels ;
- 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 ;
- Décider conjointement de l'organisation d'événements le cas échéant ;
- Faciliter la mise en œuvre globale du projet.

L'UCP, étant centrée sur la mise en œuvre courante de la mission se réunira régulièrement à raison d'une rencontre par 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 planification des activités si besoin.

En plus du présent rapport de cadrage de la mission, l'ATR rendra les rapports trimestriels suivants :

- Rapport trimestriel 1 : Fin Décembre 2019

- Rapport trimestriel 2 : Fin Mars 2020

- Rapport trimestriel 3 : Fin Juin 2020

- Rapport de fin de mission : Fin Août 2020

D'autre part, **chaque étude ou activité à caractère technique** sera sanctionnée par **un livrable spécifique** qui sera, éventuellement, enrichi et pré-validé, au niveau du GTR pour une plus forte implication des partenaires.

Ces livrables seront annexés aux rapports trimestriels au fur et à mesure de leur élaboration.

La validation des rapports suivra la procédure suivante :

- le projet élaboré par l'ATR est transmis à l'équipe projet d'Expertise France et à l'AFD pour finalisation ;
- Ensuite, il est soumis aux membres de l'UCP pour tenir compte de leurs remarques et recommandations ;
- le projet, ainsi consolidé, est présenté à la pré-validation du DEP ;
- une fois, finalisé, il est soumis à l'approbation du Secrétaire Général.
- le rapport définitif approuvé est transmis à la DEP, sous format papier, en tant que pièce comptable justificative de l'exécution du marché entre le MSP et Expertise France.

8. Récapitulatif des principales activités par résultat attendu

ACTIVITES R1 : Un cadre institutionnel et fonctionnel de l'UTGG est défini et validé par le MSP

Activité 1 : Contribuer et exploiter les résultats des travaux de la première rencontre d'experts pour la refonte de la gratuité des soins.

Activité 2 : Contribuer aux travaux de la deuxième rencontre d'experts et exploiter leurs résultats

- Contribuer aux travaux de la rencontre ;
- Contribuer à l'élaboration d'une note synthèse des résultats des travaux destinés au MSP ;
- Intégrer les orientations du MSP dans l'agenda des activités.

Activité 3 : Définir le statut juridique et institutionnel de l'UTGG, de sa gouvernance et de son mode de management axés principalement sur l'initiation d'un Contrat d'Objectifs et de Performances (COP).

- Mobiliser l'Expertise CT et réaliser la phase 1 de l'étude et de la formation en janvier 2020 ;
- Organiser une réunion d'échange et de pré validation des résultats de la phase 1 avec le CPG ;
- Organiser une réunion de restitution des résultats de la phase 1 avec l'UGP ;
- Réaliser la phase 2 de la mission et la formation en juin 2020 selon la même démarche.

Activité 4 : Définir les préalables et conditions de l'équilibre financier du dispositif de gestion de la gratuité

- Mobiliser l'expertise CT et réaliser l'étude en février 2020 ;
- Partager ses résultats avec le GTR et la soumettre au processus de validation.

Activité 5 : Elaborer le document des procédures de la fonction achat des prestations et organiser la formation des cadres concernés entre décembre 2019 et mars 2020

- Réaliser un état des lieux en matière de contractualisation ;
- Réaliser des rencontres avec les responsables aux différents échelons de la pyramide sanitaire et des visites des différentes structures sanitaires concernées et évaluer les préalables et la faisabilité de contractualisation ;
- Soumettre à un atelier de rédaction un premier projet pour finalisation ;
- Rédiger le document des procédures et le partager avec le GTR pour enrichissement ;
- Elaborer la version finale et organiser la formation sur le conventionnement.

Activité 6 : Définir le Système d'Information et de Gestion (SIG) de la gratuité des soins

- Mobiliser l'expertise CT et réaliser la mission en avril 2020 ;
- Partager les résultats de l'étude avec le GTR et les partenaires concernés ;
- Soumettre les résultats de l'étude aux directions techniques concernées du MSP et à l'UGP.

Activité 7 : Elaborer le document sur les procédures administratives, financières et comptables pour la gestion de la gratuité des soins par l'UTGG et d'un plan de renforcement de compétences destiné à son personnel administratif et financier

- Mobiliser l'expertise nationale et élaborer le manuel des procédures administratives, financières et comptables pour la gestion de la gratuité entre juin et juillet 2020 ;
- Partager les résultats de la mission avec le GTR et les partenaires concernés ;
- Soumettre le projet du manuel aux services concernés du MSP et du MF, ainsi qu'à l'UGP ;
- Elaborer le plan de renforcement de compétences et faire partager ses thématiques avec le GTR, les partenaires concernés, les entités concernées du MSP et l'UGP.

Activité 8 : Elaborer le document final présentant le cadre institutionnel et fonctionnel de l'UTGG, intégrant les documents sus-indiqués en août 2020

- Faire valider le document final ;
- Organiser un atelier de présentation du nouveau dispositif de gestion de la gratuité aux partenaires concernés ;
- Organiser un atelier d'information sur le nouveau dispositif au profit des acteurs concernés dans la Région de DOSSO.

ACTIVITES R2/R3/R4

Ces activités **transversales sont continues** et s'étendent sur toute la période de la mission. Elles seront **détaillées dans les rapports trimestriels**.

9. Calendrier de mise œuvre

M1 : octobre 2019

M12 : septembre 2020

Refonte du dispositif de la gratuité		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
R1	Un cadre institutionnel et fonctionnel de l'UGTT est validé par le MSP												
AT1	Exploitation des travaux de la première rencontre d'experts		■										
AT2	Exploitation des travaux de la deuxième rencontre d'experts				■								
AT3	Définition du mode de gouvernance de l'UTGG				■					■			
AT4	Définition des préalables et conditions de l'équilibre financier du dispositif					■							
AT5	Elaboration du manuel d'achat des soins et formation			■	■	■	■						
AT6	Définir le SIG du dispositif							■					
AT7	Elaborer le manuel des procédures administratives financières et comptables et le plan de formation									■	■		
AT8	Elaborer le document final du cadre institutionnel et fonctionnel de l'UTGG											■	
Accompagnement du pilotage stratégique et opérationnel du processus de mise en œuvre de la SN de la CSU													
R2	La stratégie nationale de la CSU est finalisée et approuvée par le Gouvernement	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
R3	Le partage des expériences pilotes FBR est mené et les synergies promues				■	■	■	■	■	■			
R4	Les produits P4H contribuent à l'information/sensibilisation/plaidoyer en faveur de la CSU				■	■	■	■	■	■	■	■	■



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