

# EXPERTISE FRANCE



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

Rapport d'étape

Période juillet-décembre 2020



# 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

## Rapport d'étape Période juillet-décembre 2020

**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), avec le concours de **Clara Leymonie**, experte junior en  
assurance maladie-coordonnatrice du projet.

# TABLE DES MATIERES

<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>2. RAPPEL DE L'OBJET DE LA PRESENTE MISSION .....</b>	<b>6</b>
<b>3. PRINCIPALES ACTIVITES REALISEES SUR LA PERIODE .....</b>	<b>7</b>
3.1 <b>Projet de mise en œuvre du dispositif rénové de gestion de la gratuité des soins</b> 7	
3.2. <b>Activités liées au pilotage stratégique du processus de la CSU .....</b>	<b>12</b>
3.2.1. <b>Stratégie nationale de la CSU .....</b>	<b>12</b>
3.2.2. <b>Définition d'une architecture de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Niger</b> 15	
3.3. <b>Activités du GTR/CSU .....</b>	<b>18</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>20</b>

## LISTE DES ACCRONYMES

<b>AIM</b>	Association Internationale de la Mutualité
<b>AMU</b>	Assurance Maladie Universelle
<b>ANMS</b>	Agence Nigérienne de la Mutualité Sociale
<b>ATR</b>	Assistance Technique Résident
<b>Covid-19</b>	Maladie à la Coronavirus 2019
<b>CS</b>	Case de Santé
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>CSU</b>	Couverture Sanitaire Universelle
<b>DEP</b>	Direction des Etudes et de la Programmation/MSP
<b>DHIS2</b>	District Health Information System 2
<b>EF</b>	Expertise France (Agence Française d'Expertise Technique Internationale)
<b>EPA</b>	Etablissement Public à caractère Administratif
<b>ELpCSU</b>	Equipe de leadership pour la CSU
<b>FBR</b>	Financement Basé sur les Résultats
<b>FSSN</b>	Fonds Social de Santé au Niger
<b>GTN</b>	Groupe de Travail National de mise en œuvre de la CSU
<b>GTR</b>	Groupe de Travail Restreint émanant du GTN
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>I3S</b>	Initiative Solidarité Santé Sahel
<b>METPS</b>	Ministère de l'Emploi, du travail et de la Protection Sociale
<b>MF</b>	Ministère des Finances
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PASS</b>	Programme d'Appui aux Stratégies mutualistes de Santé
<b>P4H</b>	Initiative « Providing For Health »
<b>PNSS</b>	Politique Nationale de Sécurité Sociale
<b>SIG</b>	Système d'Information et de Gestion
<b>SNPS</b>	Stratégie Nationale de Protection Sociale
<b>SOCIEUX+ de l'UE</b>	Programme « Expertise de l'Union Européenne pour la protection sociale, le travail et l'emploi »
<b>SN-CSU</b>	Stratégie Nationale de la CSU
<b>UCP</b>	Unité de Coordination de Projet

## 1. Introduction

La présente mission « d'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 » a démarré le 23 septembre 2019 avec la prise de service à Niamey de l'assistant technique résident (ATR) d'Expertise France, Bouchaib MOURJANE, auprès du Ministère de la Santé Publique (MSP). Son achèvement était programmé initialement au 22 septembre 2020.

Comme partout ailleurs, elle a été et reste marquée par le contexte exceptionnel et imprévisible de la pandémie de la COVID-19 avec ses multiples implications sur à la fois les objectifs de développement poursuivis par le gouvernement du Niger, notamment dans le domaine de la santé et de la protection sociale et les programmes/projets de coopération initialement établis avec les différents partenaires techniques et financiers.

De ce fait et compte tenu des mesures restrictives prises par les autorités du pays dans le cadre du plan national de réponse à la pandémie, les réunions périodiques du GTR/CSU et de l'équipe de leadership pour la CSU (ELpCSU) ont été suspendues et certaines activités programmées de la mission ont été reportées. Ceci n'a toutefois pas empêché la continuité et le bon déroulement de la mission qui s'est rapidement adaptée à cette nouvelle situation inédite, grâce notamment à la mobilisation de l'équipe projet d'Expertise France (EF), des membres de l'UCP et du président du GTR et membre de l'ELpCSU, qui a permis la concrétisation d'importantes activités telles que l'engagement d'un consultant national pour l'élaboration du manuel de cadrage des procédures comptables et financières, la poursuite de la réflexion et des échanges sur la stratégie CSU et l'architecture de la CMU et la participation active de l'ELpCSU aux activités du réseau P4H avec un appui de plus en plus fort au projet de création de l'INAM, en plus de la tâche spécifique de point focal de la nouvelle plate-forme COVID-19 d'EF confiée à l'ATR.

Aussi, compte-tenu des résultats probants enregistrés et des contraintes sus-indiquées, le MSP, l'AFD et Expertise France ont convenu d'un commun accord de proroger la présente mission de sept mois, jusqu'au 22 avril 2021. Son plan de travail initial a été consolidé et enrichi en conséquence par un volume complémentaire d'expertises de courte durée mobilisables en fonction des besoins et de l'évolution du projet de création de l'INAM, notamment :

- la mission projetée de Bernard Zara en fin de projet, qui avait contribué à la définition du statut de cette structure, relative à l'élaboration du projet du premier Contrat d'Objectifs, de Performance et de Moyens (COPM), équivalent du « Contrat-Programme pluriannuel », institué par la réglementation nigérienne régissant les EPA ; sachant que cet exercice pédagogique et pratique de formation, devant associer autour d'une table de négociation l'INAM, ses tutelles (MSP, METPS et MF) et ses partenaires techniques et financiers, ne sera pertinent qu'avec la création officielle de l'INAM et le recrutement de son équipe dirigeante.
- La mobilisation de l'expert Pascal Perrot pour la définition du panier de soins de la gratuité, en parfaite coordination avec la mission conduite par ENABEL sur la définition du panier de soins de la CMU et l'analyse des coûts de santé au niveau périphérique.
- la mobilisation d'une expertise de courte-durée pour la finalisation du document du plan national 2021-2030 budgétisé de la stratégie CSU et de la feuille de route de sa mise en œuvre, dans le but de rattraper le retard enregistré à ce niveau et de permettre

au gouvernement de respecter ses engagements contractuels dans le cadre de sa coopération avec l'Union Européenne, liés à la conditionnalité d'institutionnalisation d'un mécanisme de CSU.

- La mobilisation également d'une expertise de courte-durée pour la finalisation de de l'architecture de la CMU du Niger.

Le plan de travail de la présente mission comporte également une enveloppe budgétaire permettant de contribuer à la prise en charge des réunions du GTR/GTN, de l'ELpCSU ou de toute autre action liée à la CSU et à la communication et la formation en lien avec les objectifs du projet.

Le présent rapport couvre les trimestres 4 et 5 du projet et fait donc office de 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> rapport trimestriel.

## 2. Rappel de l'objet de la présente mission

Le présent appui s'inscrit dans le cadre de « l'Initiative Santé Solidarité Sahel (3S) » visant à faciliter l'accès financier aux soins pour les femmes et les enfants de moins de 5 ans dans les pays du Sahel en accompagnant les pays politiquement engagés dans la mise en place de systèmes solidaires d'accès aux soins.

Expertise France a mobilisé à la demande de l'AFD, après accord du MSP, un expert résident auprès de ce dernier pour 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 et plus particulièrement :

- 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 (Objectif Spécifique 1) ;
- 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 (Objectif Spécifique 2).

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

Plus particulièrement cet appui fait suite à une mission d'expertise conjointe de P4H/AFD qui a eu lieu en juillet 2018 pour redynamiser la réflexion et les actions entamées pour enclencher le processus opérationnel de mise œuvre de la CSU. La principale recommandation conjointe issue de cette mission porte sur la mise en place d'un fonds d'achat avec une structure de gestion de tiers payant, tout en assurant la séparation des fonctions de décision, d'exécution et de contrôle pour les politiques de gratuité. Cette recommandation fait échos à la proposition initiale de Fonds Social Santé au Niger (FSSN) qui avait été mise en relief dans le cadre du projet I3S.

Le présent appui 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 des femmes et des enfants 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).

### 3. Principales activités réalisées sur la période

Comme il a été rappelé en introduction, l'activité de la période allant du mois de juillet à fin décembre 2020, objet du présent rapport, a été réalisée malgré le contexte contraignant de la Covid-19. Elle se résume comme suit :

#### 3.1 **Projet de mise en œuvre du dispositif rénové de gestion de la gratuité des soins**

Pour rappel, la définition du projet de mise en œuvre du dispositif rénové de gestion de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans s'inscrit dans la continuité des études antérieures initiées par le MSP et des nombreux ateliers et réunions d'échange encadrés et animés plus particulièrement par les membres du GTR/CSU et impliquant l'ensemble des acteurs et partenaires concernés,

Son volet opérationnel est techniquement appuyé par le projet I3S et sa dimension stratégique est mise en valeur par la contribution et l'engagement de l'ELpCSU.

Le cheminement ayant conduit au projet de réforme de la gratuité des soins retenu est décrit successivement à travers :

- **le rapport de cadrage de la mission du 31 octobre 2019 (premier livrable) ;**
- **le livrable définissant le cadre institutionnel et fonctionnel de la structure nationale de gestion de la gratuité des soins, validé en mars 2020 (deuxième livrable) ;**
- **le livrable définissant le cadrage des procédures « Métier » de tiers-payant et de gestion du risque maladie (troisième livrable), validé en octobre 2020.**

Le projet porte sur la création de l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) du Niger, ayant le statut d'EPA (Etablissement Public Administratif), placé sous la double tutelle, technique du MSP et générale du Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Protection.

l'INAM sera investi d'une mission plus étendue de gestion de la gratuité des soins, selon une approche assurantielle, couvrant dans une première phase les femmes et enfants de zéro à cinq ans et intégrant progressivement les autres catégories vulnérables au sens de la loi régissant la protection sociale du Niger, notamment les indigents et les personnes âgées.

Il sera également appelé à mettre en œuvre les réformes des programmes de gratuité des soins décidés par l'Etat, ainsi que leur intégration progressive dans le système national de Couverture Maladie Universelle (CMU).

Le projet de décret de création de l'INAM propose un dispositif de gouvernance à la fois stratégique et opérationnel qui tient compte de sa double mission de gestionnaire du futur régime d'assistance médicale de la CMU et d'opérateur de l'Etat en matière de réformes de la gratuité des soins (**Annexe 1 : Projet de décret de création de l'INAM**).

Ce projet global de réforme des gratuités de soins sera, de ce fait, construit en parfaite adéquation avec la stratégie nationale de la CSU, qui elle-même gagnerait à être définie sur la base des orientations et cadrage de la stratégie nationale de protection sociale du pays, notamment la stratégie d'assistance sociale des personnes vulnérables.

Dans cet esprit et conformément au plan de travail, les activités de la période ayant trait à ce premier volet de la mission ont porté essentiellement sur l'élaboration des livrables suivants :

**Quatrième livrable : Manuel des procédures budgétaires et comptables de l'INAM, validé en octobre 2020 (Annexe 2 : Document synthétique des procédures comptables et financières de l'INAM).**

La réalisation de cette activité a été rendue possible grâce à la mobilisation d'une expertise nationale, mobilisée par Expertise France en la personne de M. Seidou Amadou qui a entamé sa mission à partir du 8 juin 2020, sous la supervision et l'encadrement de l'ATR et de l'UCP du projet.

Le document produit porte essentiellement sur la définition du cadre réglementaire, des règles générales et détaille les procédures opératoires à suivre, tout au long du processus, pour assurer la gestion comptable et budgétaire notamment du fonds qui sera alloué à la prise en charge de la gratuité des soins. Le résumé ci-joint en annexe 2 explicite la valeur ajoutée de ce nouveau dispositif de gestion financière de la gratuité des soins en termes de simplification des procédures de contrôle a priori, de sécurisation et d'optimisation du mécanisme de facturation et de paiement des dépenses de soins aux formations sanitaires, et ce, grâce notamment aux mesures parallèles de contrôle technico-médical qui seront introduites et assurées par l'INAM.

Sa disponibilité dès ce stade du projet aura le mérite de faire de lui un premier référentiel et un outil pratique et opérationnel de formation de l'équipe gestionnaire de l'INAM, une fois recrutée.

**Cinquième livrable : Document portant sur le dimensionnement et le financement du panier de soins pour les femmes et les enfants de zéro à cinq ans.**

Ce livrable est en cours de préparation avec le concours du Dr Pascal Perrot, mobilisé à cet effet par Expertise France dans le cadre d'une mission de courte durée qui se déroule selon le calendrier suivant, tenant compte des contraintes de mobilisation de l'expertise, dictées par les mesures restrictives de lutte contre la pandémie de covid-19 :

- Une première activité de revue documentaire et d'analyse du panier de soins actuel, réalisée, à distance, au mois de juin 2020 ;
- Une deuxième activité d'approfondissement « terrain », qui s'est déroulée du 09 au 13 novembre 2020 à Niamey, ayant permis la rencontre des acteurs concernés et



l'appréciation du gap entre le panier de soins formel et le panier de soins réel. Le rapport intermédiaire de cette première mission traite des points suivants **(déjà transmis)** :

- Les trois conditions pour que le panier de soins puisse être inscrit dans une politique pérenne et viable
  - Adaptation aux besoins de santé,
  - Capacité de son financement,
  - Participation de la population à son optimisation et financement.
- Définition du panier de soins
  - Proposition d'un contenu précis et de forfaits différenciés,
  - Propositions d'adaptations réglementaires et tarifaires.
- Coût du panier de soins
  - Population actuelle : 22% (césariennes et enfants de moins de cinq ans) et 28% (si on y ajoute les CPN),
  - Coût actuel : estimé à 14 milliards de FCFA.
- Possibilités d'extension aux accouchements assistés et au traitement de la malnutrition aigüe.
- Possibilité de définir un modèle de panier de soins intégré et les trois leviers à associer i) gestion par l'INAM ii) un Système d'Information idoine iii) une organisation « terrain » robuste.
- Inventaire des sources de financement
  - Régimes de financement des soins de santé,
  - Programmes verticaux.
- Evolution des dépenses
  - Estimation des dépenses actuelles à partir des dépenses courantes en soins de santé de la reproduction.
  - Attente des résultats de l'étude sur les coûts de soins de santé en cours (MSP/Enabel).
  - Possibilités de financement du dispositif : principalement l'Etat et les Ptf dans un cadre contractuel pour un co-paiement trimestriel, avec la possibilité de réintroduire un recouvrement symbolique de responsabilisation des ménages concernés, n'excluant pas une exemption totale pour les plus démunis et ceux ayant suivi des formations communautaires à l'autonomisation, en renforçant l'un des leviers des plus importants de régulation et d'optimisation des soins qui est celui de la promotion de la santé par les relais communautaires.

L'ensemble de ces mesures prises ensemble a pour objectif de restaurer la confiance individuelle et collective et garantir la pérennité du système de gratuité des soins.

- Recommandations pour intégration de la gratuité dans la CMU
  - Recommandations générales
    - Paiement des arriérés,
    - Contractualisation Etat/Ptfs pour des financements complémentaires et pérennes,
    - Construction de la CMU sur le plan réglementaire, informatique et humain.
  - Recommandations spécifiques
    - Responsabilisation des populations et amélioration des résultats en s'appuyant sur les déterminants sociaux,
    - Instauration d'une gestion intégrée du risque maladie,
    - Accompagnement par un plan de communication ciblé.

- La troisième activité est programmée pour la période du 18 au 22 janvier 2021 à Niamey qui permettra de présenter les résultats du rapport intermédiaire de la première mission aux partenaires concernés, notamment le contenu du panier de soins. Ce dernier fera l'objet d'un échange technique approfondi avec Letourmy/Enabel, présent en même temps à Niamey et avec la DOS/OMS qui avait entamé une étude sur la détermination « des paquets des interventions essentielles pour la CSU selon le cycle de vie, le niveau de la pyramide sanitaire et le type de formation sanitaire au Niger » dans le but de contribuer à l'aboutissement d'une proposition technique commune du panier de soins de la CMU, intégrant celui des femmes et enfants de cinq ans.

En complément du rapport intermédiaire, une **définition du concept « Panier de soins »** garanti par un acheteur de prestations de santé (Etat/Assurance maladie/mutuelles de santé) au profit de ses « assurés » est proposée (**Annexe 3**). L'objectif étant de permettre la vulgarisation de cette notion relativement complexe auprès des acteurs concernés et de mieux sensibiliser sur sa dimension qui n'est pas que physique (une liste de prestations), mais également sociale, économique et médicale, qui exige un débat national associant l'ensemble des acteurs concernés. De ce fait, tout panier de soins de CMU est, par essence, dynamique et doit être constamment adapté aux besoins de santé publique et au contexte socio-économique du pays.

Ce travail a vocation à être complété par une deuxième mission en janvier 2021 en parfaite coordination avec la mission conduite par ENABEL sur la définition du panier de soins de la CMU et l'analyse des coûts de santé au niveau périphérique.

### **Sixième livrable : Document de cadrage du futur SIG de l'INAM**

L'approche assurantielle de gestion de la gratuité des soins met le Système d'Information et de Gestion(SIG) de ce dispositif au cœur du métier de l'INAM.

En effet, son système d'information doit constituer d'abord une réponse à un besoin de traçabilité des bénéficiaires et des bénéficiaires du dispositif de gratuité des soins. Le respect du parcours de soins, la bonne gestion du risque maladie nécessitent de connaître toutes les formations sanitaires que les bénéficiaires du système fréquentent et les soins qu'ils y reçoivent, en fonction des pathologies qu'ils présentent.

Il faut aussi disposer de données homogènes, si l'on veut comparer la manière dont les formations sanitaires de même niveau prennent les bénéficiaires en charge.

Il faut enfin que les données enregistrées soient aussi complètes que possible pour pouvoir ensuite produire les indicateurs au pilotage, au suivi et à l'évaluation du système de gratuité des soins.

Cependant, le SIG de l'INAM ne doit pas être séparé du système général d'information du système de santé, mais au contraire intégré dans ce système, bien que certains de ses objectifs soient spécifiques.

Aussi, nous préconisons que le SIG de l'INAM doit être conçu comme un outil évolutif dans le cadre global du système de la CMU, construit progressivement à partir d'une plateforme unifiée autour du SNIS, intégrant le FBR et la gratuité.

Cette approche volontariste, préconisée pour un meilleur alignement et intégration des différents mécanismes de financement de la santé, dans une vision CSU tient compte de la situation actuelle qui se caractérise par l'existence de plusieurs initiatives pilotées par le MSP et qui méritent d'être développées avec la coordination, la complémentarité et la synergie nécessaires.

Nous en citons, entre autres :

- Le financement classique du système de santé qui consiste à fournir les inputs notamment les médicaments aux structures de santé pour la prise en charge des cas. Ces inputs proviennent pour la plupart du Gouvernement et des Partenaires ;
- Le Financement Basé sur les Résultats avec la KFW et Enabel : une approche axée sur les résultats du système de santé, définis comme la quantité et la qualité des services financièrement accessibles, produits et proposés aux populations par le biais d'un contrat de performance ;
- Les mesures d'exemption des soins avec la Banque Mondiale à l'endroit des femmes : Il s'agit d'une politique de gratuité des soins pour les femmes enceintes. Cette politique vise à améliorer le recours au Système de Santé Public en supprimant les frais aux femmes pour un panier de soins prédéfinis (césarienne, consultation prénatale, produits contraceptifs, cancers gynécologiques) ;
- la présente mission de réforme du dispositif de gestion de la gratuité des soins avec le projet I3S /AFD-Expertise France pour faciliter l'accès financier aux soins des enfants de moins de 5 ans et des femmes.

Ces différentes approches de financement de la santé qui visent un même objectif, sont appelées à soutenir ou soutiennent déjà leur mise en œuvre avec des plateformes informatiques de gestion des données pour faciliter un certain nombre d'opérations et gérer les données produites.

Ces plateformes sont en général développées parallèlement à celles qui existent déjà dans le domaine du financement de la santé mais aussi à celle du SNIS.

Ceci engendre une sollicitation parallèle du SNIS pour d'éventuelles intégrations ou partages de données et une forte consommation de ressources sans améliorer la capacité du SNIS à maîtriser efficacement ces différentes plateformes.

La gouvernance du SNIS se trouve ainsi affaiblie et l'exploitation efficiente de toutes ces plateformes n'est pas une réalité.

Tenant compte de cet enjeu, nous préconisons pour l'INAM l'implémentation d'un système aligné avec le SNIS et potentiellement avec d'autres systèmes de financement de la santé existants.

C'est dans ce cadre que nous initions cette mission de consultation en vue d'analyser la faisabilité de la mise en place d'un système d'information pour la gestion des données de la gratuité des soins afin d'informer suffisamment sur les options possibles.

Elle permettra d'analyser :

- Les besoins d'un système de données de la gratuité des soins ;

- Les fonctionnalités de ce système et son interaction avec d'autres systèmes de données ;
- Les systèmes de données du SNIS et du FBR ;
- L'opportunité d'une plate-forme unique pour le SNIS, le système de gratuité et le FBR.

**Son livrable sera un rapport d'analyse précisant :**

- Le répertoire des besoins pour le système d'information de la gratuité des soins ;
- Le contenu et l'architecture de la plateforme à mettre en place prenant en compte son alignement au SNIS et à d'autres plateformes ;
- La feuille de route organisant les livrables de la mise en place du système ;
- Les opportunités et risques relatifs à la mise en œuvre du projet du SIG de l'INAM.

Pour sa réalisation, une expertise courte durée de 15 jours ouvrables sera mobilisée en février-mars 2021.

### **3.2. Activités liées au pilotage stratégique du processus de la CSU**

Le dispositif de gestion de la gratuité projeté n'a pas vocation à évoluer de manière isolée mais au contraire comme indiqué précédemment, sa conception et sa mise en œuvre s'inscrivent dans une réflexion plus globale de mise en œuvre de la CSU au Niger. Ils en résultent des enjeux importants notamment de pilotage, de financement et d'arbitrages nécessaires.

#### **3.2.1. Stratégie nationale de la CSU**

Avec le concours des PTFs et le pilotage technique du GTR/CSU, le MSP a entamé l'élaboration du projet du « Plan Stratégique National 2021-2030 pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle au Niger.

Le premier draft de ce document, élaboré en octobre 2019, devait d'être finalisé en juillet 2020, sous le pilotage de la DEP et du GTR/CSU, avec l'appui logistique de l'OMS.

En vue de rattraper le retard enregistré, la DEP a organisé, du 9 au 11 septembre 2020 à Bangoula, un atelier de relance des activités du GTR/CSU auquel ont contribué les membres de ce dernier et des cadres du MSP, et qui a permis de :

- Echanger sur le draft du plan stratégique et le document de l'extension des soins de santé en vue de leur articulation ;
- Préparer l'atelier de finalisation et validation du plan stratégique CSU qui s'est tenu en octobre 2020 à Dosso et son cadrage ;
- Actualiser la feuille de route de la CSU.

L'atelier de Dosso, organisé par la DEP en octobre 2020, a permis pour sa part d'enrichir le document de la stratégie CSU et de le valider techniquement. Il devrait être suivi par les activités suivantes :

- Compte tenu du fait que les PTFs concernés n'ont pas pu faire le déplacement à Dosso, leur transmettre la version « Dosso-octobre 2020 » du document et tenir à Niamey une réunion du GTR pour une lecture commune et une dernière consolidation de ce dernier ;
- Présenter également au GTR le projet de feuille de route de la mise en œuvre de la CSU pour finalisation et validation technique ;
- Confier à une équipe restreinte la rédaction finale du document de stratégie et le rediffuser aux membres du GTR/CSU pour faire part, éventuellement, de leurs dernières remarques et suggestions ;
- Organiser un atelier spécifique pour la budgétisation du plan stratégique qui en découle ;
- Tenir une réunion du GTR pour la finalisation et la validation finale du plan stratégique ainsi budgétisé.

Il est à signaler que la dernière version du projet de la feuille de route/CSU confié au METPS a la tâche de proposer « un cadre multisectoriel fonctionnel, permettant de coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale CSU (GTN ? CNS ?) ».

Cette question est en lien avec la gouvernance et le renforcement du cadre de pilotage et de suivi-évaluation du processus de mise en œuvre de la CSU, qui doit constituer une composante essentielle de la stratégie CSU.

Comme le rapport de cadrage de la présente mission l'évoquait, il y a lieu de rappeler 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 d'acheminement vers la CSU 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. Il a pour fonctions :

- d'affirmer de manière continue la volonté politique d'aboutir à la validation de la feuille de route vers la CSU et sa mise en œuvre ;
- 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 est assuré aujourd'hui par le GTR/CSU, sachant que le cadre institutionnel de coordination de la mise en œuvre de la stratégie nationale de la CSU est constitué en fait 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 de sa création s'élève à 14 et est présidé par le conseiller en santé de la primature.

Il s'avère que le fonctionnement du GTN était dès le départ structurellement handicapé par la nature de sa composition pléthorique et hétérogène, ce qui avait d'ailleurs justifié la création du GTR. Ce dernier se composant d'une équipe de cadres ministériels et de représentants des PTFs expérimentés et motivés, ne s'est pas doté d'une organisation et de moyens suffisants lui permettant de réaliser l'ensemble de ses activités et les faire valider dans les délais requis.

Pour sa part, l'ELpCSU s'est constituée dans le cadre des actions de P4H et s'est préparée pour remplir une mission d'information, de sensibilisation et de plaidoyer en faveur de la promotion de la CSU et de la mobilisation de l'ensemble des acteurs pour son développement. Son rôle potentiel est très important pour l'appui à la fonction politique de pilotage de la CSU.

Face à ce cadre de gouvernance spécifique à la CSU, un autre cadre est créé pour le pilotage de la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale.

Les arrêtés de 2018 portant création successivement du Comité Interministériel d'Orientation de la Protection sociale (CIOPS) et du Comité Technique National de la Protection Sociale (CNTPS) fixent leurs missions comme suit :

- Le CIOPS, présidé par le premier ministre, a pour missions de :
  - o Donner des orientations sur les politiques et stratégies de la protection sociale ;
  - o Prendre des décisions stratégiques sur les questions liées à la protection sociale ;
  - o Assurer le suivi de la mise en œuvre de la PNPS ;
  - o Valider les plans et politiques sectoriels de la protection sociale ;
  - o Veiller à la cohérence des actions de protection sociale ;
  - o Assurer le financement des actions de la protection sociale en fonction des moyens disponibles.
- Le CNTPS, présidé par le Secrétaire Général du Ministère en charge de la protection Sociale, a pour missions de :
  - o Veiller à la mise en œuvre des décisions prises par le Comité Interministériel d'Orientation de la Protection Sociale ;
  - o Créer un espace de dialogue, de partage et de plaidoyer entre tous les acteurs de la mise en œuvre des programmes de protection sociale ;
  - o Assurer la cohérence des programmes issus des axes de la PNPS avec les priorités nationales ;
  - o Faciliter des actions de plaidoyer et de mobilisation des fonds d'appui à la mise en œuvre de la protection sociale ;

- Proposer des actions de promotion de la protection sociale et de renforcement des capacités des acteurs ;
- Proposer les actions de renforcement du cadre juridique et réglementaire de la protection sociale ;
- Assurer le suivi et l'évaluation participatifs des programmes sectoriels de la protection sociale ;
- Préparer et présenter au CIOPS pour adoption, des rapports de mise en œuvre et d'évaluation des programmes des différents axes de la PNSP ;
- Assurer la visibilité des programmes de protection sociale, notamment ceux concernant les groupes les plus défavorisés ;
- Assurer la coordination des groupes sectoriels de la PNPS.

Ce dernier cadre a le mérite d'assurer à la fois la fonction politique et la fonction technique de pilotage des différents programmes sectoriels de protection sociale de façon harmonisée, dans le respect du principe de multisectorialité.

Cependant, il faudrait garder à l'esprit la spécificité de la CSU qui ne pourrait se construire et se développer que sur la base des deux piliers fondamentaux et complémentaires qui constituent le système de l'offre des soins de santé et de sa régulation et le système de solidarité pour une protection collective contre les risques financiers face à la maladie et de régulation des mécanismes de financement de la santé.

Sur le plan opérationnel et comme indiqué en introduction, il devient urgent de procéder à la finalisation de la stratégie CSU et la présente mission pourrait mobiliser un consultant national sous la supervision de l'ATR en vue d'appuyer le GTR/CSU à le faire.

La CSU étant une composante intégrale de la SNPS, le dispositif institutionnel de la SN-CSU et son articulation reste un mécanisme de gestion de la SNPS. Cependant, afin d'être effective, la SN-CSU doit avoir un dispositif institutionnel spécifique à même de faciliter sa mise en œuvre sur le plan central et régional.

Ce dernier principe devrait guider la réflexion et les échanges à mener avec les acteurs concernés lors de la finalisation de la SN-CSU, notamment la définition de ses mécanismes de gouvernance et de mise en œuvre.

### **3.2.2. Définition d'une architecture de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au Niger**

La CMU est définie comme un système de base de la CSU, reposant sur les principes de solidarité et de mutualisation des risques santé, qui permet à l'ensemble de la population de bénéficier, progressivement, d'un panier de soins essentiels à travers une prise en charge totale ou partielle, assurée par des dispositifs d'assurance maladie contributifs ou redistributifs.

La définition de son architecture globale en vue de son institutionnalisation et sa mise en œuvre avait fait l'objet d'un certain nombre d'initiatives prises par le METPS et le MSP, impulsées par l'adoption de la politique Nationale de Protection Sociale en 2011 :

- Organisation du Forum national sur la Protection Sociale au Niger, les 12, 13, 14 et 15 novembre 2013 ;

- Constitution par la MSP, en 2013, d'un comité technique en charge de la CSU, dont un groupe de travail restreint avait ébauché trois propositions d'architecture de la CSU du Niger, présentées au forum ;
- Création en 2014 du GTN/CSU, chargé prioritairement de la définition d'un modèle d'architecture de la CMU et d'une feuille de route pour sa mise œuvre ;
- Discussion des options présentées au forum lors d'un atelier technique organisé en avril 2014 ;
- Elaboration en 2016 par le METPS, avec l'appui du BIT, du document intitulé « Vers la mise en œuvre d'un socle national de protection sociale au Niger- la Couverture Universelle en Santé » qui présente une analyse critique de l'option proposée par le MSP et introduit, pour nourrir davantage la réflexion et l'échange, une seconde architecture qui atténue notamment le poids des mutuelles de santé dans le système.

L'approche du METPS ambitionne « d'élargir les mécanismes et les chances d'inclusion des différentes catégories de population en proposant de déléguer certains métiers de l'assurance (affiliation, recouvrement) à des organisations existantes (GIE, institutions de microfinance, coopératives, etc.) devant avoir la capacité de mobilisation et de travail avec les actifs de l'économie informelle et du monde rural. Dans ce régime, les mutuelles de santé communales ou départementales restent un acteur important devant couvrir les travailleurs qui ne sont pas membres de telles organisations », en plus des mutuelles professionnelles qui ont des capacités avérées de gestion de l'assurance de base et de prise en charge d'assurances complémentaires au profit de leurs adhérents.

Le GTN devrait par conséquent, sur la base des deux formules proposées, challenger le GTR pour l'achèvement de cette opération.

Actuellement, la coopération belge, à travers le « Programme d'Appui au Système de santé-PASS », qui comporte un volet d'appui à la CMU et au GTR/CSU, programme la réalisation, d'après ses termes de référence, d'une étude comportant trois composantes :

- Finalisation de l'architecture de l'AMU par le GTR ;
- Définition du panier des soins de l'AMU ;
- Réalisation de l'étude actuarielle et détermination des cotisations ;
- Extension de l'offre des soins et des services de santé, résultant des travaux d'un atelier tenu à Dosso à cet effet.

Cependant lors de la première mission des deux consultants chargés de l'étude, effectuée en octobre 2020, il s'avère que l'estimation des coûts de production des soins se limite aux soins primaires et périphériques (CS- CSI-HD) et que, d'après les consultants, c'est au GTR de définir le panier de soins de la CMU sur lequel l'étude actuarielle va se faire.

La question de la finalisation de l'architecture de la CMU par le GTR reste posée et notre mission est sollicitée pour étudier la possibilité de prendre en charge cette activité, par la mobilisation d'une expertise de courte durée, et la réaliser en même temps qu'avec celle de la finalisation de la stratégie CSU.

Cette proposition sera soumise à l'appréciation de l'équipe centrale d'Expertise France de coordination du projet et en vue de concilier davantage les différents points de vue sur les meilleures options à retenir pour l'architecture de la CMU. L'ATR a pris l'initiative de redynamiser la réflexion sur la place de la mutualité dans ce dispositif en mobilisant l'Association Internationale de la Mutualité (AIM) et le Programme Socieux + de l'UE pour un



accompagnement technique éventuel dans le sens de renforcement des capacités des mutuelles du Niger en vue d'une meilleure contribution et intégration dans le processus de mise en œuvre de la CSU.

Sous la supervision de l'ATR et la coordination de l'AIM, un premier échange à ce sujet a eu lieu le 25 novembre 2020 et a regroupé, en plus de l'AIM et de SOCIEUX+, le Programme PASS, le METPS et l'ANMS. Il sera poursuivi par une deuxième réunion, programmée pour le 25 janvier 2021, à laquelle se joindront le Président et le Rapporteur du GTR et qui permettra d'entamer les projets de requêtes à soumettre à SOCIEUX+ pour examen.

### 3.2.3. Equipe de leadership pour la CSU



L'ELpCSU avec la Représentante Résidente de l'OMS au Niger, Dr Anya Blanche, à l'issue de l'atelier du 8 juillet, organisé au siège de l'OMS de Niamey.

Le dernier Module (M3) du « Programme leadership pour la CSU » de l'Initiative P4H s'est déroulé par visio-conférence, du 13 au 15 octobre 2020.

Sa préparation est passée par l'organisation de deux ateliers i) l'atelier du 10 juin 2020 et ii) l'atelier régional d'échange entre les 4 pays bénéficiaires du Programme, organisé le 8 juillet 2020.

La participation et la contribution de l'ELpCSU à la réussite de ces trois événements était remarquable et fortement appréciée par les organisateurs.

L'intervention de l'équipe lors du dernier Module a été rehaussée par la participation des principaux partenaires de P4H au Niger et a confirmé son engagement pour appuyer la création de l'INAM.

Maintenant que ce Programme est achevé, la question de pérennisation de l'action de l'équipe en faveur de la CSU reste entièrement posée et l'Initiative P4H est sollicitée pour apporter un appui plus structuré et inscrit dans la durée pour favoriser la formation d'une véritable coalition nationale pour la CSU dans le pays.

### **3.3. Activités du GTR/CSU**

Malgré le report de ses activités programmées, le Président et le Rapporteur du GTR/CSU gardent le contact avec ses membres et participent aux différentes commissions et activités en lien avec la riposte à la Covid-19. Ces deux responsables ont veillé notamment sur la préparation des activités prioritaires en lien avec la CSU, telles que :

- la préparation et l'organisation des ateliers de finalisation de la stratégie CSU sus-indiqués ;
- la préparation du déroulement des missions des consultants engagés dans les activités CSU ;
- la préparation des TDRs pour l'élaboration du projet de loi sur la CMU.

Les questions liées au repositionnement du GTR et le renforcement de ses capacités seront débattues dans le cadre de la redéfinition du dispositif institutionnel de pilotage du processus de la CSU, à l'occasion de la finalisation de la stratégie de cette dernière.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Projet de décret de création de l'INAM

### **REPUBLIQUE DU NIGER**

Fraternité-Travail-Progrès

### **PRÉSIDENTE DE LA RÉPUBLIQUE**

DÉCRET N----- DU

portant création de l'Institut National d'Assistance  
Médicale du Niger (INAM)

### **Le Président de la République,**

Vu

- La Constitution du 25 novembre 2010 ;
- La loi n°2011-20 du 8 août 2011, déterminant l'organisation générale de l'Administration civile de l'Etat et fixant ses missions ;
- L'ordonnance 86-001 portant régime général des établissements publics, sociétés d'Etat et sociétés mixtes ;
- Le décret n° 2016-161/PRN du 2 avril 2016 portant nomination du Premier ministre, Chef du Gouvernement ;
- Le décret n°2016-623/PRN du 14 novembre 2016 portant organisation du Gouvernement et fixant les attributions des Ministres d'Etat, des Ministres et des Ministres délégués ;
- La loi n° 2018-22 du 27 avril 2018 déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale et le décret n° 2020-014 du 10 janvier 2020 fixant les modalités de son application ;

Sur rapport conjoint des ministres chargés de la santé publique, de la protection sociale et des finances ;

Le Conseil des ministres entendu ;

**DECRETE :**

## **CHAPITRE PREMIER : CREATION, STATUT ET MISSIONS**

### **Article premier : Création**

Il est créé en République du Niger, un établissement public à caractère administratif dénommé « Institut National d'Assistance Médicale (INAM) ».

### **Article 2 : Statut**

L'INAM est dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est régi par les dispositions des textes législatifs et réglementaires en vigueur, portant régime général des établissements publics et ceux régissant l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé, de protection sociale et de couverture maladie universelle du Niger.

### **Article 3 : Tutelle**

Conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 86-001 du 10 janvier 1986 portant régime général des Etablissements publics, Sociétés d'Etat et Sociétés d'économie mixte et de ses textes d'application, l'INAM est placé sous la double tutelle, directe du ministère chargé de la santé publique et générale du ministère chargé de la protection sociale.

Une telle tutelle est assurée sous réserve des pouvoirs et attributions dévolus au ministère chargé des finances en vertu des textes législatifs et réglementaires relatifs aux établissements publics.

### **Article 4 : Siège Social**

Le siège social de l'INAM est fixé à Niamey.

Il peut être transféré en tout autre lieu de la République du Niger par décision du Conseil des Ministres, sur proposition du Conseil d'Administration.

L'INAM peut créer des antennes au niveau des régions et des cellules au niveau des districts sanitaires et des communes.

### **Article 5 : Missions et attributions**

L'INAM a pour mission la mise œuvre des politiques, stratégies et réformes relatives au financement et à la gestion déléguée de la prise en charge par l'Etat et par les Collectivités Territoriales des gratuités de soins au profit des populations vulnérables du Niger.

A ce titre, l'INAM est notamment chargé de :

- Mettre en œuvre une gestion professionnelle et moderne assurant la disponibilité, la gratuité et l'effectivité des soins de santé bénéficiant à chacune des catégories vulnérables visées, ainsi que leur exhaustivité et leur qualité conformément aux normes et protocoles thérapeutiques en vigueur ;

- Assurer le conventionnement des formations sanitaires publiques et privées conformément à la réglementation en vigueur, dans le but d'instaurer un partenariat avec ces dernières et les inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, de respect de la tarification des prestations et de prise en charge optimale des patients ;
- Veiller au respect des droits et obligations des patients bénéficiant de la gratuité des soins ;
- Mettre en place les mécanismes appropriés pour un contrôle administratif, financier et médical efficace des prestations facturées par les formations sanitaires, ainsi que les mesures nécessaires de lutte contre les fraudes et les abus de prescription et de consommation médicales ;
- Assurer le traitement des factures de remboursement des frais de soins gratuits et leur paiement conformément à la réglementation en vigueur et selon les conditions et délais contractuels convenus avec les formations sanitaires ;
- Mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation et de reporting technique et financier des consommations médicales et leurs coûts ;
- Préparer les contrats de programmes annuels ou pluriannuels spécifiques à chaque commande de l'Etat en lien avec sa mission, les négocier et les faire aboutir en coordination et partenariat avec la tutelle et les partenaires concernés et veiller à leur bonne exécution ;
- Assurer la gestion et l'optimisation des ressources financières nécessaires à l'accomplissement de sa mission, mobilisées par l'Etat et ses partenaires au développement ;
- Fournir une assistance technique dans le domaine de la protection sociale de la santé aux différents acteurs concernés ;
- Exercer toutes autres missions confiées contractuellement par l'Etat et/ou les Collectivités Territoriales dans les domaines de l'assistance et l'assurance sociales de la population nigérienne. Dans ce cadre, l'INAM pourrait confier, sous son contrôle et sa responsabilité et conformément à la réglementation en vigueur, une partie des activités qui en découlent à des mutuelles de santé, ONG ou associations professionnelles et de la société civile, dûment agréementées par les administrations concernées ;
- Mettre en œuvre, en appui au ministère en charge de la santé publique, des actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des bénéficiaires.

Les missions ci-dessus énumérées peuvent être complétées et/ou précisées par les statuts de l'INAM.

## **CHAPITRE II : ORGANES D'ADMINISTRATION ET DE GESTION**

**Article 6 :** l'INAM comprend les organes suivants :

- Le Conseil de Surveillance ;
- Le Commissaire aux comptes ;
- Le Conseil d'Administration ;
- La Direction Générale.

**Article 7 :** Conseil de Surveillance

Le Conseil de Surveillance est l'organe de veille en matière de gestion de la gratuité des soins de santé. Il indique par ses délibérations les grandes orientations gouvernementales en matière de protection sociale de la santé des personnes vulnérables.

A cet effet, il :

- Nomme les membres du Conseil d'Administration et en propose au Chef de l'Etat le candidat à la présidence pour nomination par décret ;
- Propose au Chef de l'Etat les candidatures sélectionnées pour la nomination par décret du Directeur Général ;
- Approuve le Contrat-Programme pluriannuel (Contrat d'Objectifs, de Performance et de Moyens), présenté par le Conseil d'Administration et conclu entre l'Etat et l'INAM, avec le concours des partenaires techniques et financiers concernés ;
- Nomme le Commissaire aux Comptes chargé de contrôler les comptes de l'INAM ;
- Approuve les comptes de l'INAM soumis à lui par le conseil d'Administration ;

Le Conseil de Surveillance est composé de :

- Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, président ;
- Le Ministre chargé de la protection sociale, vice-président ;
- Le Ministre chargé de la santé publique, membre ;
- Le Ministre chargé des finances, membre ;
- Le Ministre chargé des collectivités territoriales, membre.

**Article 8 :** Commissaire aux Comptes

Nommé par le Conseil de surveillance conformément aux dispositions légales en vigueur, le Commissaire aux Comptes est chargé de contrôler les comptes de l'INAM.

**Article 9 :** Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration veille à la bonne exécution des missions assignées à l'INAM. A cet effet, il :

- approuve le budget de l'INAM soumis à lui par le directeur général ;
- examine l'évolution des activités de l'INAM ;
- arrête les comptes de l'exercice qui seront soumis au conseil de Surveillance ;
- élabore les rapports d'activité qu'il soumet à l'approbation du conseil de surveillance.

Sont membres avec voix délibérative :

1. le Président ;
2. le représentant du Ministère chargé de la protection sociale ;
3. le représentant du Ministère chargé de la santé publique ;
4. le représentant du Ministère chargé des finances ;
5. le représentant du Ministère chargé de la décentralisation ;
6. le représentant du Ministère chargé de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant ;
7. le représentant du Ministère chargé du plan ;
8. le directeur général de l'Agence Nationale de Protection Social ;
9. le représentant des Régions Collectivités Territoriales ;
10. le représentant des communes ;
11. le représentant des ONG nationales œuvrant dans le secteur de la santé ;
12. le représentant des consommateurs.

Siègeront également au conseil d'administration de l'INAM, avec voix consultative :

- un représentant du Comité d'Etablissement,
- les représentants des partenaires techniques et financiers associés,
- des personnalités désignées pour leur compétence dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

#### **Article 10 : Direction Générale**

L'INAM est placé sous l'autorité d'un directeur général recruté, après appel public à candidature, par décret du Chef de l'Etat, sur proposition du Conseil de Surveillance.

Le directeur général assure la gestion technique, administrative et financière de l'INAM qu'il représente dans tous les actes de la vie civile. A ce titre, il est chargé de :

- Exécuter les décisions prises par le Conseil d'Administration auquel il rend compte de sa gestion ;
- Gérer le personnel ;
- Elaborer les projets d'organisation générale de l'INAM, les budgets annuels, les programmes d'activité et en assurer l'application ;
- Signer les marchés conformément à la réglementation sur les marchés publics, ainsi que tous les actes pour lesquels compétence lui est reconnue ;
- Exercer toutes les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'administration ou par son président ;
- Fixer l'organisation du travail dans les services ;
- Assurer la discipline et l'application des textes relatifs à la sécurité et santé en travail ;
- Elaborer et soumettre au Conseil d'Administration le règlement intérieur, les projets d'accord d'établissement ou de conventions collectives ;
- Ester en justice et accepter à titre conservatoire les dons et legs faits à l'organisme ;
- Soumettre au Conseil d'Administration un rapport annuel de gestion, des rapports trimestriels de gestion et tout autre rapport ou étude demandé par le conseil ;
- Assurer le secrétariat des sessions du Conseil d'Administration.

Le Directeur Général est ordonnateur du budget. Il peut déléguer certaines de ses attributions à des agents de l'INAM nommément désignés.

Il est personnellement responsable de :

- La qualité des services rendus aux usagers par le système d'information et le dispositif de contrôle interne de l'INAM ;
- La réalisation à bonne date des résultats chiffrés du contrat d'objectifs conclu avec l'Etat.

### **Chapitre III : Des ressources**

**Article 11** : les ressources de l'INAM sont constituées :

- de la dotation initiale de l'Etat ;
- de la subvention annuelle de l'Etat et de toute autre personne physique ou morale, publique ou privée ;
- des recettes provenant des activités et prestations de services ;
- des produits issus de l'aliénation des biens meubles et immeubles
- des dons et legs légalement autorisés.



## **Chapitre IV : Des dispositions financières et comptables**

**Article 12 :** l'INAM est soumis aux règles de la comptabilité publique, ainsi qu'à celles relatives au Code des marchés publics et des délégations de service public.

## **Chapitre V : Des dispositions finales**

**Article 13 :** Les statuts de l'INAM sont approuvés par décret pris en conseil des ministres.

**Article 14 :** le Ministre de la Santé Publique, le Ministre de l'emploi, du travail et de la protection sociale et le Ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret qui sera publié au Journal Officiel de la République du Niger.

Fait à Niamey le  
Signé le Président de la République

Le Premier Ministre

Le Ministre de la Santé Publique

Le Ministre de l'emploi, du travail et de la  
protection sociale

Le Ministre des Finances

## **Annexe 2** : Document synthétique des procédures comptables et financières de l'INAM

### **DOCUMENT SYNTHETIQUE DU MANUEL DE CADRAGE DES PROCEDURES FINANCIERES ET COMPTABLES DE LA FUTURE STRUCTURE NATIONALE DE GESTION DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE (INAM)**

L'analyse diagnostique de la politique actuelle de gratuité des soins de santé faite par de nombreux experts mobilisés par le Ministère de la Santé Publique (MSP) et les partenaires techniques et financiers (PTFs) du secteur de la santé du Niger démontre ses limites structurelles et managériales qui obligent à aller vers une refonte du système de gratuité des soins de santé des femmes et des enfants de moins de 5 ans.

La présente note synthétique du manuel de cadrage des procédures financières et comptables de la future structure nationale de gestion de la gratuité des soins de santé (INAM- Institut National d'Assistance Médicale) a pour finalité de présenter les avantages qu'apporte une autonomie financière de cette structure qui va désormais gérer les ressources qui vont financer la gratuité des soins de santé au Niger.

La démarche consiste à faire un constat général sur le système actuel de gratuité et présenter les atouts d'une gestion professionnelle et managériale des fonds par l'INAM.

## Rappel sur le dispositif actuel de la prise en charge des factures de la gratuité des soins de santé

- Le remboursement des factures de la gratuité des soins de santé est centralisé au niveau du MSP et la gestion du mécanisme de gratuité est tenue successivement par 2 directions (la DOS et la DEP) ce qui pose le problème de l'ancrage institutionnel de la politique nationale de gratuité ;
- Des problèmes multidimensionnels sont venus plombés cette politique de gratuité mise en œuvre depuis 2006. Ces problèmes se résument à :
  - ✓ La fréquence des remboursements des factures qui n'est pas compatible aux besoins de trésorerie des formations sanitaires ;
  - ✓ L'insuffisance des allocations budgétaires qui conduit à l'accumulation des arriérés de paiement des factures ;
  - ✓ Le manque de contrôle de l'effectivité des soins admis au système de gratuité ;
  - ✓ Trop de contrôles dans la chaîne comptable de la dépense ce qui aboutit à une lenteur dans le remboursement des factures ;
  - ✓ Difficultés liées aux décaissements des fonds au niveau du trésor ;
  - ✓ L'accumulation des arriérés de paiement des factures de la gratuité.

Les innovations apportées avec la refonte du mécanisme de gestion de la gratuité des soins de santé à travers une nouvelle structure autonome dénommée INAM sont déclinées dans les tableaux ci-après :

**Le cadre institutionnel et organisationnel de la nouvelle structure dénommée INAM militent en faveur d'une réforme complète de la gestion du système de gratuité des soins de santé des femmes et des enfants de moins de 5 ans à travers :**

- Un statut juridique et institutionnel qui confère à l'INAM une autonomie de gestion administrative et financière.
- Un pilotage stratégique de la structure autonome (INAM) par la tutelle directrice –Ministère de la Santé Publique- en transférant la ligne budgétaire de la gratuité des soins de santé de la DRFM/MSP à l'INAM.
- Une organisation du nouveau dispositif sur la déconcentration du circuit de traitement de la dépense et celui du paiement des factures de la gratuité des soins de santé.
- Les nouveaux acteurs sur lesquels reposent la gestion administrative, financière et comptable de l'INAM.
- Un contrôleur financier nommé pour exercer un contrôle sur les opérations de dépense exécutées au niveau de l'INAM et de ses antennes régionales.
- Le financement de la gratuité des soins de santé par l'INAM qui dispose de son budget autonome.

## Au niveau de l'organisation administrative de l'INAM

### **L'INAM sera doté d'un statut juridique qui lui confère la qualité d'Etablissement Public Administratif (EPA)**

- En tant que structure autonome, l'INAM va disposer de :
  - ✓ Un budget autonome qu'il gère conformément à la réglementation en vigueur ;
  - ✓ Un personnel recruté et rémunéré par les propres ressources de l'INAM et qui assure le fonctionnement régulier de l'Institut.
- L'administration de l'INAM sera assurée par :
  - ✓ Un organe délibérant qui est le Conseil d'Administration ;
  - ✓ Un organe exécutif qui sera dirigé par le Directeur Général de l'INAM

## Au niveau de la gestion budgétaire

Avec la réforme des finances publiques, les choix budgétaires doivent être basés sur une connaissance précise du niveau des résultats à atteindre en tenant compte des ressources qui ont été mobilisées pour leur réalisation. Le MSP avec ses structures de rattachement ne sont pas restés en marge de la dynamique de budgétisation par programmes.

### **Comment le budget de l'INAM est-il préparé ? et quels sont les moyens financiers dont pourra disposer l'INAM ?**

- L'élaboration du budget de l'INAM se fait en 2 étapes :
  - ✓ La préparation proprement dite du budget qui nécessite une implication de tous les acteurs concernés de la direction générale de l'INAM et de ses antennes régionales. Cette étape, permet de recenser toutes les informations indispensables, financières ou non, pour avoir une vue

d'ensemble des besoins annuels de l'INAM. Il faut retenir que le Directeur Général de l'INAM est ordonnateur principal du budget de l'INAM

- ✓ Sous l'autorité du DG/INAM, le Responsable Financier de la structure prépare le budget de l'INAM. Ce dernier est équilibré en recettes et en dépenses ;
- ✓ Les recettes qui alimentent le budget de l'INAM seront constituées de la subvention de l'Etat et des ressources extérieures ;
- ✓ Les dépenses concernent les charges de personnel, les dépenses de fonctionnement, les dépenses de transferts courants (les paiements des factures de la gratuité) et les dépenses d'investissement ;
- ✓ Après la phase préparatoire, le budget est soumis pour adoption d'abord au Conseil d'Administration avant d'être transmis au MSP qui l'intègre dans son projet annuel de performance (PAP).

#### Comment les ressources de l'INAM seront-elles mobilisées ?

Le budget de l'INAM sera financé par 2 principales sources de financement :

- ✓ Les ressources de l'Etat à travers les subventions annuelles allouées aux EPA ;
- ✓ Les ressources extérieures constituées des fonds des PTFs

#### Mobilisation de la subvention annuelle de l'Etat :

En début de chaque trimestre, les crédits budgétaires sont alloués aux EPA sous forme de subvention pour assurer le fonctionnement régulier des structures étatiques. Après la libération des crédits, le Responsable financier de l'INAM procédera à la mobilisation de la tranche trimestrielle libérée qui va alimenter le compte de dépôt du trésor ouvert au profit de l'INAM.

#### Mobilisation des fonds extérieurs :

Les ressources extérieures affectées à la prise en charge de la gratuité des soins de santé seront destinées dans un **2<sup>ème</sup> compte de dépôt du trésor** qui est « un sous compte principal trésor de la BCEAO ». Autrement dit, les fonds des PTFs atterrissent d'abord dans un compte ouvert à la BCEAO ensuite, ce compte alimentera le 2<sup>ème</sup> compte dépôt trésor de l'INAM. Tous ces comptes sont intégrés au dispositif du Compte Unique du Trésor (CUT).

- L'ouverture du compte fonds extérieurs de la BCEAO est obtenue sur l'autorisation du Ministre des Finances et les fonds restent logés à la BCEAO.
- NB : il y a lieu de retenir que la création d'une régie d'avances au niveau de l'INAM qui disposera de deux (2) comptes de dépôt présenterait quelques lourdeurs et contraintes lors du renouvellement de la caisse de la régie qu'il faudrait évaluer avec la pratique et leur trouver, avec le ministère des finances, les solutions adéquates, compte tenu des spécificités de remboursement des dépenses de soins qu'il faudrait assurer avec la célérité et la régularité contractuelles sur lesquelles l'INAM s'engagera vis-à-vis des producteurs de soins.

La création d'une structure nationale autonome de gestion de la gratuité des soins de santé est le cadre par excellence pour apporter des solutions aux nombreuses difficultés auxquelles le mécanisme actuel de gratuité de soins de santé des femmes et des enfants de moins de 5 ans est confronté.

### **Quels sont les avantages que la nouvelle structure de gestion de la gratuité des soins de santé (INAM) peut tirer de l'autonomie de gestion ?**

- La création de cette nouvelle structure permettra de mettre en place un dispositif de pilotage stratégique du mécanisme de la gratuité des soins de santé des femmes et des enfants de moins de 5 ans, dont la gouvernance sur le plan des orientations politiques est assurée par un conseil de surveillance et sur les plans stratégique et technique par la double tutelle du MTEPS et du MSP.
- De même qu'un dispositif de contrôle de gestion sera mis en place pour assurer la progression vers les performances visées et qui exige une évaluation continue de l'efficacité et de l'efficience dans l'utilisation des ressources.
- L'un des atouts majeurs de cette autonomie est certes la création du compte de dépôt trésor au profit de l'INAM.

- Les responsables de l'exécution des dépenses relèvent de l'organigramme de l'INAM :
  - ✓ Le DG de l'INAM est l'ordonnateur principal du budget ;
  - ✓ Le responsable financier est l'administrateur des crédits de l'INAM ;
  - ✓ L'INAM disposera de son contrôleur financier ;
  - ✓ L'INAM aura la possibilité de recruter un expert-comptable.
  
- La contractualisation de la relation de l'INAM avec sa tutelle, ses partenaires institutionnels et les partenaires techniques et financiers associés, qui contribuent notamment au financement de la gratuité des soins :
  - Contrat d'Objectifs, de Performance et de Moyens (COPM) pluriannuel, négocié avec le MSP, le MTEPS et le MF avec le concours des partenaires techniques et financiers associés ;
  - Contractualisation avec les formations sanitaires concernées.
  
- Le suivi de l'exécution du budget et audits et contrôles :

C'est l'un des avantages que l'on peut tirer du Budget-Programme mis en œuvre dans le cadre de la réforme des finances publiques, qui impose un suivi budgétaire et comptable permanent dans la dynamique de réalisation des résultats planifiés et d'atteinte des performances visées.

### Au niveau de l'exécution des dépenses

Procédures d'exécution des dépenses de l'INAM : une fois que le budget est préparé, adopté et que les crédits budgétaires sont libérés, la réglementation en matière d'exécution des dépenses publiques prévoit la procédure simplifiée pour les EPA qui jouissent d'une autonomie de gestion.

**Les procédures encadrant l'exécution des opérations financières de l'Etat, qu'elles soient normale, simplifiée ou dérogatoire. Elles visent à assurer la protection des deniers publics tout en garantissant l'efficacité et la fluidité de l'exécution budgétaire. L'INAM, comme la plupart des EPA, va pouvoir utiliser la procédure simplifiée conformément à la réglementation en vigueur.**



- Pour alimenter le compte de dépôt/ subvention de l'Etat, le Responsable financier de l'INAM n'a pas besoin de joindre des pièces justificatives des dépenses. L'approvisionnement du compte de dépôt se fera au vu d'une décision de mandatement à laquelle est joint le plan d'utilisation des crédits libérés.
- L'exécution matérielle des dépenses se passe au niveau de l'INAM, par les responsables concernés (le DG ; le RF ; le CF), sauf pour le décaissement qui intervient au Trésor ou niveau des Trésoreries Régionales ou Départementales. Cela signifie que **les dossiers de remboursement des factures de la gratuité ne rentrent pas dans la chaîne normale d'exécution des dépenses administrative des dépenses.**
- L'exécution des dépenses au niveau déconcentré (local) portent uniquement sur les remboursements des factures de la gratuité. Elle concerne les opérations de trésorerie qui sont exécutées tantôt par les Trésoriers Régionaux tantôt par les Trésoriers Départementaux.

**Le circuit du paiement au niveau déconcentré concerne le remboursement des factures de la gratuité par les Antennes Régionales de l'INAM.**

#### **Paiement des factures de la gratuité au niveau des Antennes Régionales :**

- A partir du compte de dépôt « subvention Etat » :  
Les dépenses effectuées au niveau de l'Antenne Régionale sont payées par le Trésorier Régional ou Départemental au moyen d'ordre de paiement assigné sur leurs caisses.
- A partir du compte de dépôt « fonds extérieurs » :
  - ✓ Pour l'exécution des dépenses sur fonds extérieurs, les comptes des Trésoriers Régionaux seront approvisionnés par l'Agent Comptable Central du Trésor (ACCT) qui est différent de l'ACCD qui gère les dépôts alimentés par les fonds propres ;

- ✓ Pour les Trésoriers Départementaux n'ayant pas de comptes bancaires, le Trésorier Régional de leur circonscription administrative l'approvisionne en fonds ;
- ✓ Par contre ceux qui ont des comptes bancaires, l'approvisionnement se fera directement par l'ACCT.

 **Quels les avantages liés à la déconcentration du paiement ?**

- ✓ La sécurisation des fonds ;
- ✓ La disponibilité des fonds logés dans les comptes de dépôts grâce à la mise en place du compte unique qui rend la trésorerie de l'Etat plus liquide ;
- ✓ La célérité dans le paiement des fonds des déposants dans le cadre du compte unique du trésor (CUT) ;
- ✓ Les délais de paiement des factures de la gratuité sont raccourcis ;
- ✓ A court terme, il y aurait moins d'arriérés de paiement des factures impayées.

En conclusion, **le succès d'une politique nationale de refonte du mécanisme de gratuité des soins de santé des femmes et enfants de moins de 5 ans reposera sur les hommes et les femmes qui seront chargés de la conduire et les moyens financiers mobilisés pour sa réalisation.**

## Annexe 3 : Définition du concept « panier de soins »



### **ANNEXE**

Mourjane Bouchaib  
ATR/MSP

**Quelques éléments de définition du concept « Panier de soins » garanti par un acheteur de prestations de santé (Etat/Assurance maladie/mutuelles de santé) au profit de ses « assurés » ( gratuité de soins, assurance sociale, assurance volontaire).**

La pandémie de COVID-19 a servi à alerter la communauté internationale et les décideurs nationaux, leur faisant prendre conscience de l'urgence qu'il y avait à accélérer la mise en place de systèmes de protection sociale, y compris des socles de protection sociale.

En Afrique, ces derniers font et feront certainement davantage de nombreuses réformes, touchant particulièrement la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Les principaux objectifs visés par ces réformes sont similaires dans la plupart des pays et consistent à :

- Améliorer l'accessibilité aux soins ;
- Etendre la couverture à l'ensemble de la population, notamment aux personnes pauvres et vulnérables ;
- Garantir l'équité dans l'accès à l'ensemble des soins nécessaires ;
- Promouvoir des soins de qualité ;
- Maîtriser les dépenses de santé, etc.

Toutefois, les mesures envisagées pour atteindre ces objectifs diffèrent fréquemment et dépendent du modèle de protection sociale et du contexte politique, économique, sanitaire, culturel et démographique de chaque pays.

Cependant, quels que soient les objectifs et les méthodes, ces réformes s'accompagnent de souvent d'une remise en cause d'un élément fondamental à la base de tout système de couverture maladie et qui n'est autre que « l'ensemble des soins fondamentaux » ou « essentiels » garantis, ou « panier de soins ».

## Quelle définition pour les « paniers de soins » ou « ensemble des soins fondamentaux/essentiels » ?

En partant de l'usage auquel ils sont destinés, il s'agit de déterminer, de manière plus ou moins précise, les prestations de soins prises en charge par les différents dispositifs d'assurance.

Plusieurs définitions sont proposées, selon les auteurs et les pays :

- Par exemple, au Canada, on évoque les « services médicalement nécessaires/requis » : soins de santé considérés comme des biens publics, dispensés selon le besoin et financés collectivement par le régime fiscal ;
- En France, « le panier de biens et services » recouvre « une notion de liste d'actes et de soins de tous types aussi bien préventifs que curatifs, pris en charge par la collectivité parce que jugés fondamentaux et prioritaires, alors même que le reste sera à la charge des individus ou des régimes complémentaires sur la base du volontariat ».

En général, les ensembles de soins fondamentaux peuvent se définir soit en fonction du périmètre de prise en charge, soit sur la base des prestations exclues de prise en charge, soit conjointement suivant ces deux méthodes.

Cela se traduit en pratique par des listes (nomenclatures ou catalogues) d'actes (médicaux, dentaires, auxiliaires), de médicaments, de fournitures médicales et de toute autre prestation, dont la prise en charge est garantie par l'acheteur/gestionnaire concerné. Les prestations laissées à la charge de l'individu, et éventuellement couvertes par des dispositifs complémentaires, peuvent également faire l'objet de listes.

Dans certains pays, la multiplicité des régimes et mécanismes de prise en charge peut se traduire par des paniers de soins différents.

Certains paniers de soins définissent également le taux de prise en charge par l'acheteur/gestionnaire, ainsi qu'éventuellement le tarif de responsabilité (ou de référence) pour chaque prestation ou ensemble de prestations de soins.

## Problématique du panier de soins

### Une définition difficile à traduire sur le terrain

En pratique, la définition d'un panier de soins s'avère assez complexe, en raison des interprétations multiples et parfois contradictoires.

Partant de la notion de soins fondamentaux, les usagers et les fournisseurs de soins réclament un panier « généreux » qui ne peut pas être supporté par les organismes de financement des soins.

La disparité considérable des ensembles de soins couverts par les différents mécanismes mis en place par les pays semble témoigner de cette complexité et du fait que le contenu de ces

ensembles est déterminé selon des recettes propres à chaque pays, non seulement compte tenu de ses spécificités sur les plans économique, politique, social et sanitaire, mais également en fonction du poids exercé par chacun des acteurs( usagers, professionnels de santé, industrie pharmaceutique, organismes de financement des soins, pouvoirs publics,..) dans l'orientation des choix en matière de santé et de couverture maladie.

## **Un sujet difficile à aborder**

Si dans certains cas, le panier de soins est abordé d'une manière plus ou moins explicite, ce qui permet d'obtenir à l'occasion des réformes un remodelage, voir même une redéfinition plus ou moins large des ensembles des soins couverts, ailleurs, il s'avère difficile d'opérer des changements, notamment dans le sens de la limitation, sur des paniers de soins devenus inappropriés aux yeux des organismes financeurs, mais considérés comme étant un droit acquis par les usagers et les fournisseurs de soins.

## **Comment définir le panier de soins ?** (Référence : travaux des commissions techniques de l'AISS-Association Internationale de la sécurité Sociale)

En fait, il s'agit de répondre à un certain nombre de questions qui sont à l'origine des débats soulevés à ce propos, dans plusieurs pays. Voici quelles sont les principales questions posées :

### **Qui définit le panier de soins ?**

En effet, le panier de soins qui détermine, dans un cadre de solidarité, les limites d'intervention de la collectivité en faveur et sur la santé de l'individu, dénote d'un choix de société.

Ses dimensions éthiques, médicales, sociales et économiques impliquent qu'il résulte d'un débat riche et permanent auquel participent tous les acteurs du système.

### **Quels critères adopter dans la définition d'un panier de soins ?**

Plusieurs approches ont été suggérées pour la détermination d'un panier de soins qui répond le mieux à la notion de soins fondamentaux et qu'il convient de garantir à tous.

### **L'approche par les motifs de soins et les besoins sanitaires de la population**

La notion de soins fondamentaux suppose d'abord une méthodologie précise en vue d'évaluer les besoins sanitaires de la population.

Cette évaluation des besoins, périodique sinon permanente, serait plus pertinente si l'approche était double : d'une part, globale (ou nationale), pour déterminer les besoins primordiaux communs ; et, d'autre part, régionale, pour identifier éventuellement les besoins spécifiques à chaque région.

L'objectif de cette démarche est de déterminer les priorités en termes de besoins sanitaires justifiant l'effort collectif en faveur de l'individu, compte tenu notamment des objectifs de santé publique.

## **L'approche par l'utilité des soins**

L'utilité des soins destinés à faire partie du panier garanti est appréciée au regard des besoins prioritaires déterminés préalablement ; mais elle doit nécessairement tenir compte de leur efficacité scientifiquement approuvée.

En France, par exemple, le « Service médical rendu » (SMR), concept proche qui s'applique surtout aux médicaments, renseigne sur l'efficacité du médicament et permet d'apprécier l'amélioration, eu égard au rapport coût-bénéfice, apportée par un nouveau médicament vis-à-vis des médicaments équivalents déjà commercialisés.

En outre, l'efficacité des soins doit inclure la notion de compétence et d'accréditation du fournisseur de soins.

En fait, il s'agit de définir des types de soins pour tels types de pathologies, dispensés par tels types de professionnel, dans tels types de structure.

## **L'approche coût-bénéfice**

Elle intègre, outre les deux critères précédents, le facteur coût qui est ainsi apprécié, pour un soin donné, compte tenu de son caractère prioritaire et du degré de sa pertinence.

Il s'agit également de mettre en compétition, en fonction de leurs coûts respectifs, des soins dont l'efficacité est similaire.

Tels sont les principaux critères qui pourraient guider les choix dans la définition d'un panier de soins fondamentaux.

## **Quel doit être le degré d'intervention de la collectivité dans la prise en charge des soins ?**

En effet, si certains suggèrent une prise en charge des soins modulée en fonction de leur caractère prioritaire et de leur efficacité, d'autres préconisent une prise en charge intégrale d'un ensemble de soins considérés comme fondamentaux, dans le cadre d'un panier de soins limité, adapté aux ressources disponibles. Dans cette option, la difficulté réside dans la définition d'une frontière entre l'utile et l'inutile ; d'où la démarche qui consiste à hiérarchiser les soins compte tenu de leur utilité, de leur efficacité et de leur coût.

## **Quelle est la contribution du panier de soins dans la performance d'un système de CMU ?**

Le panier de soins, par le fait qu'il garantit à tous les individus d'une population les soins adaptés à leurs besoins, constitue un déterminant majeur de l'équité du système et un facteur de promotion de la santé.

Si l'on considère également que sa définition repose sur la l'efficacité des soins et l'accréditation de ceux qui les dispensent, il contribue certainement au développement des soins de qualité.

Par ailleurs, si certains lui attribuent un rôle de la maîtrise des dépenses de santé, du fait qu'il consacre les ressources de soins nécessaires ayant le meilleur rapport coût-bénéfice, qu'il agit sur le coût des soins en fixant les tarifs de référence (ou de responsabilité), opposables aux professionnels, et qu'il évite par-là même de financer des soins dont l'utilité est douteuse, d'autres mettent en avant, de préférence à l'aspect purement économique, son rôle essentiel dans l'efficacité du système de santé, grâce à une meilleure utilisation des ressources, en faveur des soins de qualité et dans le cadre d'un choix collectif guidé par des critères médicaux, sociaux et économiques.

## **Donnée à prendre en considération pour l'Afrique subsaharienne**

Les maladies infectieuses, endémiques et épidémiques (diarrhées, tuberculose, paludisme, méningite, rougeole, SIDA...et dorénavant pandémie de COVID-19) constituent, avec la mortalité maternelle et infantile, des problèmes majeurs de santé. Elles viennent, par conséquent, au premier plan des priorités en matière de santé et de couverture sociale dans les pays qui en sont dotés.

Néanmoins, la recherche de moyens permettant de financer les soins reste une préoccupation constante et u facteur limitant les choix et les possibilités en termes de prestations mises à la disposition des populations.



73, rue de Vaugirard - 75006 Paris  
01 70 82 70 82 - [accueil@expertisefrance.fr](mailto:accueil@expertisefrance.fr)  
[www.expertisefrance.fr](http://www.expertisefrance.fr)