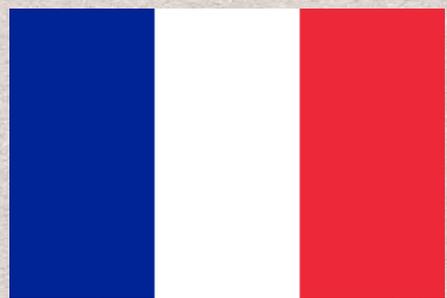


EXPERTISE FRANCE



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

Redimensionnement du panier des soins gratuits
pour les femmes et les enfants de zéro à cinq ans



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

Appui au Ministère de la Santé Publique pour le redimensionnement du
panier des soins gratuits pour les femmes et les enfants de zéro à 5 ans

Premier cadrage du panier de soins garanti par la
future structure nationale de gestion de la gratuité
des soins de santé (INAM)
Février 2021

Expertise France - Agence française d'expertise technique internationale

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

Docteur Pascal PERROT, Expert en Santé Publique
Consultant international

Avec le concours et la supervision de

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

SOMMAIRE

Liste des Acronymes	4
Liste des tableaux	7
ORGANISATION DU PRESENT RAPPORT.....	8
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	9
DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	10
2.1 Objectif général de l'étude	10
2.2 Objectifs spécifiques de l'étude	10
TROISIEME PARTIE : RESULTATS ATTENDUS.....	11
3.1 Redéfinition du contenu du panier actuel des prestations garanties	11
3 1.1 : Contenu cible et tarification actuelle des gratuités pour les femmes	11
3 1.1.1 les césariennes.....	11
3 1.1.2 les urgences obstétricales	12
3 1.1.3 la planification familiale	12
3 1.1.4 la consultation prénatale	12
3 1.1.5 les cancers gynécologiques.....	13
3 1.2 : Contenu cible et tarification actuelle des gratuités pour les enfants de 0 à 5 ans	14
3.2 Adaptations réglementaires et tarifaires nécessaires.....	15
3.3 Coût du panier de soins gratuit actuel.....	16
3.4 Mesures pour mieux maîtriser son coût	23
3.5 Recommandations réglementaires et techniques pour une meilleure maîtrise de l'effectivité et de la qualité des soins	25
3.6 Possibilité d'extension du panier actuel	26
3.7 Possibilité de définir un modèle de panier de soins intégré.....	28
3.8 Inventaire des sources de financement de la gratuité	30
3.9 Evolution des dépenses dans les 5 ans.....	32
3.10 Possibilités de financement du dispositif de gestion de la gratuité	33
QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR INTEGRER LA GRATUITE ACTUELLE AU FUTUR SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE	35
4.1 Recommandations générales	35
4.2 Recommandations spécifiques	37
CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION.....	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
ANNEXES.....	42

Liste des Acronymes

ANPS	Agence Nationale de Protection Sociale
ASB	Agent de santé de Base
ASC	Agent de Santé Communautaire
CGG	Cellule de Gestion de la Gratuité
CHR	Centre Hospitalier Régional
CMU	Couverture Maladie Universelle
CN	Consultation du Nourrisson
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CPON	Consultation Post Natale
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DEP	Direction des Etudes et Programmation
DGSP	Direction Générale de la Santé Publique
DHIS2	District Health Information System
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DSME	Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
DIS	Classifications des dépenses par maladies
DIU	Dispositif Intra Utérin
DNS	Dépense Nationale de Santé
DS	Direction de la Statistique
DS	District Sanitaire
ECVM/A	Enquête nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et Agricoles
EDSN/M ICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EPA	Etablissement Public Administratif
FA	Agents de financement
FBR	Financement Basé sur les Résultats
Fosa	Formation de santé
FP	Facteurs de Prestations

FS	Financial Ressources (classification des revenus des systèmes de financement des Soins de Santé)
GEU	Grossesse Extra Utérine
HC	Health Care (Nomenclature des fonctions des soins de santé)
HD	Hôpital de district
HF	Classification of Health Care Financing Schemes (Nomenclature des Sources de Financement)
HP	Classification of Health Care Providers (Nomenclature des Prestataires de Soins)
HTA	Hypertension Artérielle
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INAM	Institut National de l'Assistance Médicale
INS	Institut National de la Statistique
IP	Institutions publiques
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISBLSM	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
INAM	Institut National d'Assistance Médicale
ME/F	Ministre de l'Economie et des Finances
MP	Ministre du Plan
MSP	Ministre de la Santé Publique
MTN	Maladies tropicales Négligées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAPS	Projet d'Appui à la Population et à la Santé
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME-C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance au niveau Communautaire
PF	Planification familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PSNSC	Plan stratégique National de Santé Communautaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
RCom	Relais communautaire
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SG	Secrétaire Général
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
SSP	Soins de Santé Primaires
TDR	Test de Diagnostic Rapide
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence de Coopération pour le Développement International des Etats Unis
VIH/sida	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome de l'Immunodéficience acquise

Liste des tableaux

Tableau N° 1 : Gratuité du paquet césarienne

Tableau N° 2 : tarification réglementaire des césariennes

Tableau N° 3 : Gratuité du paquet des urgences obstétricales

Tableau N° 4 : Gratuité du paquet planification familiale

Tableau N° 5 : Gratuité du paquet consultation prénatale

Tableau N° 6 : Gratuité des paquets des cancers féminins

Tableau N° 7 : Gratuité des paquets des 0 - 5 ans

Tableau N° 8 : Tarification réglementaire des soins aux enfants 0 – 5 ans (Guide de gestion de gratuité des soins septembre 2007)

Tableau N° 9 : Adaptations réglementaires et tarifaires

Tableau N° 10 : Dépenses courantes de SR par tranche d'âges en 2018

Tableau N° 11 : Estimation du coût national du panier des soins gratuits

Tableau N° 12 : Exemples de la césarienne en HD et de la consultation enfants en CS pour illustrer les trois montants

Tableau N° 13 : Première proposition de tarifs pour les prestations du panier redimensionné

Tableau N° 14 : recommandations réglementaires et techniques prioritaires pour une meilleure maîtrise de l'effectivité et de la qualité des soins

Tableau N° 15 : Recettes des Régimes de financement des dépenses courantes de la Santé de la Reproduction en 2018)

Tableau N° 16 : Exemples de financement de programmes de gratuité

ORGANISATION DU PRESENT RAPPORT

Le présent rapport propose un premier cadrage de ce que devra être le panier de soins garanti, assuré par l'Institut National de l'Assistance Médicale (INAM) aux femmes et enfants de zéro à cinq ans et son évolution prévisible vers le panier de soins de la CMU des personnes vulnérables. En parallèle de ce travail, une étude menée dans le cadre du programme d'appui au secteur de la santé (PASS) de l'Agence Belge de Développement (ENABEL) est en cours pour définir les coûts de production des soins au niveau périphérique et réaliser une étude actuarielle.

Un panier de soins gratuit, pour s'inscrire dans une politique pérenne et viable, doit être adapté à la fois aux besoins de santé, à la capacité de leur financement et à la participation de la population. Il convient donc d'en préciser les préalables :

- Une redéfinition du contenu, précis et exhaustif, du panier de soins actuel de la gratuité (femmes et enfants de moins de 5 ans)
- Une estimation de son coût actuel
- Une analyse des sources de son financement et de sa tarification actuelle, en lien avec l'étude sur les coûts
- Une analyse des modalités de rémunération des prestataires et les évolutions possibles
- La faisabilité d'une extension de son périmètre actuel
- Une évaluation de l'évolution des coûts à 5 ans
- La proposition d'un plan de financement du dispositif de gestion de la gratuité
- La proposition de mesures de régulation et de maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Les résultats attendus sont principalement construits, à partir de la synthèse et l'analyse des données et documents disponibles au Ministère de la Santé Publique (MSP) et auprès des Partenaires Techniques et Financiers (PTFs), à partir des résultats de l'étude ENABEL sur les coûts de production et aussi à partir des constats réalisés sur le terrain.

L'architecture du Rapport est présentée comme suit :

1. Partie 1 : Introduction
2. Partie 2 : Objectifs de l'étude
3. Partie 3 : Résultats attendus
4. Partie 4: Recommandations pour intégrer la gratuité actuelle au futur système de Couverture Maladie Universelle

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

Le Gouvernement du Niger a introduit en 2006 la politique de gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq ans. 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 et la prise en charge des cancers gynécologiques. Quant aux enfants de moins de cinq ans, la gratuité des soins concerne tous les soins préventifs et curatifs. Cette politique de gratuité des soins qui prévoit, un préfinancement des coûts des soins offerts aux cibles par les structures de santé, puis un remboursement de ces structures à travers un tarif forfaitaire pour chaque catégorie de prestation de soins et pour chaque niveau de soins, est encadrée pour partie par plusieurs textes législatifs.

Quinze ans après, même si le dispositif a permis d'augmenter la fréquentation des services de soins de santé et très certainement de réduire la morbidité et la mortalité pour les populations cibles, il est convenu de constater une gratuité toute relative, compte tenu :

- D'un cadre réglementaire de la gratuité pour les femmes et les enfants de 0 à 5 ans, large, imprécis, non abouti réglementairement, concernant l'ensemble de la population sans aucune distinction de ressources ;
- D'une mise en œuvre à travers un manuel de gestion « d'usage » de 2007 sur un périmètre plus large, avec une tarification des prestations différente des tarifs du droit commun et globalement inférieure à leurs coûts réels ;
- D'importantes disparités dans la mise en œuvre de la gratuité selon les formations sanitaires. Les structures qui bénéficient d'appuis de partenaires extérieurs comme Médecins du monde, Help..., s'en sortent mieux ;
- De réalités différentes dans la capacité opérationnelle des services de santé.

Au final, un résultat global très en deçà des objectifs de gratuité fixés avec un paiement direct des ménages qui reste élevé. Selon les Comptes Nationaux de la Santé (CNS), le niveau global de paiement direct était de 54,91% en 2014 et de 47,83% en 2017. Les principales causes de ce constat sont connues et partagées : des financements publics insuffisants, un retard de remboursement des factures, une insuffisance de gestion et une insuffisance dans la supervision des formations sanitaires.

Fort de cette longue expérience de mise en œuvre au niveau national de la gratuité chez les femmes et les enfants de zéro à cinq ans et des enseignements en découlant, le MSP prépare, en lien avec ses partenaires nationaux et extérieurs, une réforme du dispositif actuel de gratuité des soins.

La décision, technique à ce stade, de mise en place d'une nouvelle institution a été prise. L'INAM sera chargé, dans un premier temps, de porter le nouveau dispositif de gouvernance, de gestion et de financement de la gratuité. Elle préfigure surtout la structure qui pourrait, en lien avec l'ANPS, gérer la protection sociale de la santé des populations vulnérables du Niger.

La réforme du panier actuel constitue la première étape vers le panier de soins de la CMU.

DEUXIEME PARTIE : OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1 Objectif général de l'étude

Proposer les mesures devant être prises pour assurer la disponibilité et la qualité du panier de soins des gratuits, d'une part, et garantir l'équilibre financier durable du dispositif de gestion de la gratuité des soins, d'autre part.

2.2 Objectifs spécifiques de l'étude

- Préciser le contenu détaillé du panier de soins à garantir aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5ans, dans ses trois dimensions ; physique, médicale et financière ;
- Recueillir et analyser les données existantes sur son costing et sur le système de tarification et de rémunération des prestataires de soins en vigueur ;
- Proposer les améliorations à apporter, comme préalables ou devant accompagner la mise en place du nouveau dispositif de gestion de la gratuité, pour une meilleure maîtrise de la consommation médicale et du coût des différentes prestations composant le panier de soins ;
- Procéder à une estimation des besoins en financement domestiques et externe du panier de soins en fonction de plusieurs paramètres tels que : l'évolution probable du taux de recours aux soins, son redimensionnement éventuel dans une perspective de couplage de la gratuité avec le FBR et l'apport des programmes existants ou en cours d'élaboration (Unicef, Unfpa, Banque Mondiale, GFF, Enabel, Kfw).

TROISIEME PARTIE : RESULTATS ATTENDUS

3.1 Redéfinition du contenu du panier actuel des prestations garanties

Le panier actuel doit être redéfini et précisé en prenant en compte : le périmètre réglementaire « historique » de 2006, le périmètre du manuel de gestion de 2007, les pratiques actuelles de terrain et les standards nationaux et internationaux en vigueur.

La cible reste celle des femmes et des enfants de zéro à 5 ans, mais les prestations sont exhaustives, et les actes et les produits s'inscrivent dans des listes fermées.

Le contenu proposé pour les femmes et pour les enfants de moins de 5 ans se veut réaliste en termes de mise en œuvre et de coûts. Il est limité pour un premier exercice et a vocation à évoluer dans le temps, notamment avec l'évolution des moyens dédiés à la santé.

3 1.1 : Contenu cible et tarification actuelle des gratuits pour les femmes

3 1.1.1 les césariennes

Tableau 1 Gratuité du paquet césarienne

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
Consultation	1 Cs anesthésiste	Réalisée par IDE spécialisé
Hospitalisation	3 jours	
Produits de santé : kit	Cimétidine 200 1cp Céfazoline IV 2g Oxytocine 10 + 20 UI Sonde de Foley 1 Cathéter veineux 1 Ringer lactate 1l Glucose 5% 1l Paracétamol 1g*4/j/5j Pansements/fils 1 paire de gants, 10 compresses	Prévoir deux forfaits : avec et sans transfusion sanguine
Examens et actes médicaux	Surveillance initiale Pose d'une sonde urinaire Pose d'une perfusion Anesthésie générale/rachi anesthésie	

Tableau 2 tarification d'usage des césariennes

Niveau de prise en charge	Forfait actuel en francs CFA	Commentaires
Hôpital de district	35 000	Guide de gestion de gratuité des soins septembre 2007. (sans base légale, ni réglementaire)
Maternité réf régionale	50 000	
Maternité réf nationale	80 000	

3 1.1.2 les urgences obstétricales

Tableau 3 Gratuité du paquet des urgences obstétricales

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
GEU	Test de grossesse Echographie Ponction du cul de sac de Douglas Pose d'une perfusion (cathéter 16-18G avec Ringer lactate) Groupe sanguin pour transfusion laparotomie	Interventions déjà intégrées dans le manuel de gestion La tarification est celle utilisée pour les césariennes Prévoir deux forfaits : avec et sans transfusion sanguine
Rupture utérine	Pose de deux voies veineuses (cathéter 16-18G avec Ringer lactate) Pose d'une sonde de Foley Laparotomie en urgence Césarienne Transfusion Suture ou Hystérectomie	Prévoir un forfait supplémentaire en cas de césarienne

3 1.1.3 la planification familiale

Elle est assurée globalement par le fonds des nations unies pour la population (UNFPA), pour un budget principal en 2021 de 2,4 millions €. Dans le cadre d'une planification annuelle réalisée sur les besoins de l'année n-1, l'UNFPA assure la distribution de 9 produits contraceptifs à tous les niveaux de la pyramide. Les contraceptifs injectables sont les plus dispensés et les DIU les moins dispensés jusqu'au niveau des CSI. La contraception orale et les préservatifs sont réservés au niveau des CS.

Tableau 4 Gratuité du paquet planification familiale

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
Contraception	Implants progestatifs DIU-LNG, DIU-Cu Progestatifs injectables Stérilisation Contraception d'urgence	Les produits contraceptifs ne font pas l'objet d'un 1/3 payant. A inclure dans le panier remboursé uniquement les méthodes les plus sûres ,= mesure de régulation

3 1.1.4 la consultation prénatale

Tableau 5 Gratuité du paquet consultation prénatale

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
Consultations	4 consultations si grossesse non compliquée Tests : syphilis, paludisme (3 fois), HIV (2 fois), anémie, infection des urines par bandelettes (4 fois)	Consultation prévue uniquement au niveau du CSI (1 000CFA), elle doit être possible à tous les

	<p>Fiche de suivi de grossesse Vaccin antitétanique (5 doses VAT) Sulfate ferreux/acide folique 200mg/j/9 mois Ou micronutriments multiples +/- Tt spécifiques : Albendazol 400mg dose unique (ankylostome), palu, HIV, carences Ca, vit D, iode, infections urines, malnutrition</p> <p>6 consultations si grossesse compliquée</p> <p>1 Séance collective de préparation à l'accouchement</p>	<p>niveaux de la pyramide sanitaire</p> <p>Prévoir 2 forfaits : -Grossesse non compliquée -Grossesse compliquée</p>
--	---	---

3 1.1.5 les cancers gynécologiques

Tableau 6 Gratuité des paquets des cancers féminins

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
Cancer du sein	<p>Dépistage : palpation, mammographie, +/- échographie</p> <p>Traitement : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, +/- hormonothérapie</p> <p>Evacuation</p>	<p>A partir du CSI et référencement</p> <p>A réserver à certains établissements, nationaux, voire régionaux</p> <p>Accord national</p>
Cancer de l'utérus	<p>Dépistage : frottis</p> <p>Traitement : conisation, amputation du col, hystérectomie, colpo- hystérectomie, radiothérapie, chimiothérapie</p> <p>Evacuation</p>	<p>A partir du CSI-2 (cf procédé OMS) et référencement</p> <p>A réserver à certains établissements, nationaux, voire régionaux</p> <p>Accord national</p>
K des annexes	<p>Chirurgie Chimiothérapie</p> <p>Evacuation</p>	<p>A réserver à certains établissements, nationaux, voire régionaux</p> <p>Accord national</p>

3 1.2 : Contenu cible et tarification actuelle des gratuités pour les enfants de 0 à 5 ans

Tableau 7 Gratuité des paquets des 0 - 5 ans

Prestation	Contenu proposé	Commentaires
Nouveau-nés	<p>Nné normal: +/- Antibiotrophylaxie pdt 2j Systématique : tétracycline 1% ophtalmo (gonocoque), phytoménadione IM (vit K1), vit D pdt 6 mois, Vaccins : hépatite B monovalent, BCG, polio oral</p> <p>Réanimation du Nné (10%) : arrêtée après 10' si pas de fréquence cardiaque, après 20' si pas de respiration spontanée, malgré une fréquence cardiaque normale</p> <p>Nouveau-né malade : Infections : ampicilline IV+ gentamicine IM ou Cloxacilline IV + gentamicine IM, pdt 7à10 j Hypoglycémie : glucose 10% PO, sonde, IV Ictère néonatal : +/- transfert Convulsions : phénobarbital IV Infections transmises par la mère : syphilis (benzylpénicilline IV), gonocoque-chlamydia (ceftriaxone IM), herpès (aciclovir 3% ophtalmo), hépatite B (vaccin), HIV (Tt), tuberculose active (isoniaside)</p>	<p>Prévoir 3 forfaits : - nouveau-né en bonne santé - nouveau-né en réanimation - nouveau-né malade</p>
Maladie de l'enfance	<p>Niveau CS : paquet minimum d'activités (PMA) mis en œuvre selon le manuel de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (OMS-UNICEF)</p> <p>Niveau CSI : PMA élargi</p>	<p>Prévoir un forfait pour chaque niveau de prise en charge</p> <p>Prévoir un forfait pour le transfert en cas de référencement</p>

	Niveau HD : paquet complémentaire d'activités (PCA)	A partir du deuxième niveau de référence (CHR, CSME..) et pour le troisième (Hôpitaux nationaux, maternité nationale et centres nationaux de référence), la gratuité ne peut s'appliquer qu'en cas de référencement et sur la base de 3 jours d'hospitalisation renouvelable une fois = mesure de régulation
--	---	--

Tableau 8 Tarification en FCFA d'usage des soins aux enfants 0 – 5 ans (Guide de gestion de gratuité des soins septembre 2007)

Niveau de prise en charge	Hôpitaux, Maternités nationaux	CH, maternités régionaux	HDI	CSI	CS
Soins enfants hospitalisés	Pédiatrie 30 000	25 000	10 000	2 100 (observation)	
	Chirurgie 40 000	30 000	12 000		
	Autres services spécialisés 25 000	20 000			
Soins enfants externe	Pédiatrie 15 000	10 000	5 000	500	250
	Chirurgie 20 000	15 000	7 000	1 000	
	Autres services spécialisés 20 000	15 000			

Les tarifications établies en 2007 pour le remboursement des prestations de gratuité chez les femmes et les enfants de zéro à 5 ans diffèrent des tarifs du droit commun et sont globalement inférieures à leurs coûts réels (Etude des coûts/MSP/DEP du 01/03/2015).

Selon la Direction de l'Organisation des Soins (DOS), les CHR appliqueraient depuis 3 à 4 ans d'autres tarifs plus adaptés. Nous n'avons malheureusement pas réussi à récupérer cette grille tarifaire.

3.2 Adaptations réglementaires et tarifaires nécessaires

Cette proposition de panier de gratuité redimensionné, synthèse du panier réglementaire, du panier d'usage découlant du manuel de gestion, des standards de pratiques (SONUB, SONUC, ET PCIME

communautaires) et de la pratique observée sur le terrain, réclame des adaptations réglementaires et tarifaires. Il convient, d'une part, de compléter le corpus juridique encadrant le panier actuel et, d'autre part, de prévoir de nouveaux tarifs, le plus souvent sous forme de forfait. Le montant des forfaits à retenir sera calculé à partir des résultats de l'étude sur les coûts.

Tableau 9 Adaptations réglementaires et tarifaires

Prestation	Adaptations réglementaires	Adaptations tarifaires
Césariennes		Prévoir 2 forfaits : avec et sans transfusion
Urgences obstétricales (GEU, rupture utérine)	Prévoir avenant au Décret 2005 - 316/PR/MSP du 11/11/2005 pour intégrer les urgences obstétricales	Prévoir 2 forfaits : avec et sans transfusion Prévoir un forfait supplémentaire en cas de césarienne
Planification familiale		Prévoir tarification par produit et méthode de contraception
Consultations prénatales	Prévoir avenant à l'Arrêté n°079/MSP/MFE du 26/04/2006 pour intégrer fréquence et contenu des consultations	Prévoir 2 forfaits : grossesses non compliquées dès la CS et compliquées à partir du CSI = mesure de régulation
Cancers gynécologiques	Prévoir avenant au Décret n° 2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 pour intégrer les dépistages des cancers du sein et du col Prévoir avenant pour instaurer un parcours de prise en charge des maladies cancéreuses de la femme	Prévoir un forfait dépistage Prévoir un forfait global pour : -K sein -K utérus -K annexes Forfait modulable en fonction du niveau de la prise en charge (30%, 50%, 100%) = mesure de régulation
Nouveau-nés	Prévoir avenant à l'Arrêté n°079/MSP/MFE du 26/04/2006 pour intégrer les protocoles de prise en charge	Prévoir 3 forfaits : -nouveau-né normal -nouveau-né en réanimation -nouveau-né malade
Maladies de l'enfance	Prévoir avenant à l'Arrêté n°079/MSP/MFE du 26/04/2006 pour intégrer : - les PMA, les PMA élargis et les PCA - la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) - l'obligation du référencement	Prévoir un forfait pour chaque niveau de prise en charge avec et sans hospitalisation (3 jours renouvelable une fois) Prévoir un forfait pour le transfert en cas de référencement

3.3 Coût du panier de soins gratuit actuel

La gratuité des soins de santé consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans qu'elle ne participe au paiement direct de ces prestations. La mise en œuvre de la politique de

gratuité des soins a commencé au Niger à partir de 2006, en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, notamment pour les groupes vulnérables de la population que sont, entre autres, les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Pour les femmes, la gratuité concerne les prestations de soins liées à la planification familiale, à la consultation prénatale, à la césarienne et à la prise en charge du cancer gynécologique. Chez les enfants de moins de 5 ans la gratuité embrasse tous les soins préventifs et curatifs.

La cible actuelle des gratuités est large et difficile à évaluer précisément. En 2016, selon l'annuaire statistique, les enfants de moins de 5 ans représentaient 4.129.761 individus, soit 21,5% de la population et le nombre d'accouchements attendus était de 908.3499, ce qui représente 4,7% de la population. Ces naissances représentent également le pourcentage de personnes cibles des CPN. Le nombre de césariennes en 2016 était de 17.266 toujours selon l'annuaire, ce qui représente 1,9% des accouchements. Mais le nombre de césariennes attendues est probablement 2 ou 3 fois plus élevé, de sorte que les personnes cibles de la césarienne représentent environ 0,2% de la population.

On peut donc estimer que les populations potentiellement couvertes par la gratuité représentent environ 22% si l'on ne tient compte que des cibles de la césarienne et des moins de 5 ans, environ 28% de la population si l'on inclut les bénéficiaires potentielles des CPN.

Le montant total de cette politique peut être évalué sur la base des facturations présentées au MSP par les prestataires, selon une grille de forfaits fixés en 2007. Il tourne autour des 8 milliards de francs CFA (8 204 006 707 en 2016).

Selon la DOS ils devraient être revus ne serait-ce que parce qu'ils ne prévoyaient pas certains coûts tels que les examens complémentaires au niveau des CSI, mais aussi parce qu'ils étaient bas. Depuis plus de 10 ans ces forfaits n'ont pas non plus été évalués ou réévalués. Il ne fait aucun doute qu'ils doivent être globalement revus à la hausse, la différence entre le coût réel de production des soins et le coût facturé n'a fait que s'accroître.

Fin 2019, le stock de factures en instance de paiement serait de l'ordre de 55 milliards de francs CFA et, selon la cellule nationale de gestion de la gratuité (3 personnes), en 2020, le retard de paiement des factures réceptionnées représente près de 34 milliards de francs CFA, les factures les plus anciennes remontant à 2014. De plus, il semblerait qu'un nombre non négligeable de prestataires ne transmettraient plus de factures compte tenu des non paiements et, probablement, factureraient directement les soins aux patients.

Même s'il est impossible de déterminer le coût exact de la gratuité, on peut l'estimer de façon indirecte à partir du rapport des Comptes de la Santé 2018 qui indique que les dépenses en Soins de la Reproduction ont été estimées à **45,586 milliards de francs CFA** soit **12,06%** des dépenses courantes totales de santé en 2018 contre **33,453 milliards de FCFA** soit **9,14%** en 2017. En effet, même si le périmètre des soins de la reproduction, constitué par la santé de la reproduction (SR), les affections maternelles, les affections périnatales, le planning familial et les affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées est beaucoup plus large que le périmètre du panier des soins gratuits, il permet de le « préciser », de façon grossière, à partir du tableau des dépenses courantes par tranche d'âge.

Tableau 10 Dépenses courantes de SR par tranche d'âges en 2018

Age	Total Santé de la reproduction	Affections maternelles	Affections périnatales	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	Affections liées à la santé de la reproduction non spécifiées
Moins de 5 ans	3 675 558, 154		3 675 558,154		
Plus de 5 ans	41 911 245,462	25 819 646,271		9 663 614,299	6 427 984,892

Ainsi, les dépenses des moins de 5 ans et les prises en charge du planning sont globalement dans la cible du panier de soins gratuits, soit près de 13 milliards de francs CFA.

De même, par définition, les affections maternelles sont hors champ et pour les affections liées à la santé de la reproduction non spécifiée, on peut arbitrairement estimer que 15 à 20% relèvent du champ de la gratuité, soit près de 1 milliard de francs CFA.

Au total, le coût du panier de soins gratuit actuel peut être estimé à près de 14 milliards de francs CFA.

L'étude ENABEL menée fin 2020 avait pour objectif principal d'estimer le coût de production des prestations de soins dispensées au niveau périphérique, dans trois types de formation de soins (Fosa) : les cases de santé (CS), les centres de santé intégrés (CSI) de type 1 et 2 et les hôpitaux de district (HD). Secondairement, l'étude cherchait aussi à estimer le coût des services communautaires qui ne sont pas dispensés dans des locaux dédiés.

Les résultats sont issus d'une méthodologie de calcul qui pose le principe de l'imputation de toutes les ressources mobilisées pour produire les soins. La méthode retenue permet la séparation du coût indirect d'une prestation, de celui des intrants principalement. Ainsi, par extrapolation, nous obtenons hors agents de santé communautaire (ASC) et références :

- Valeur nationale du panier en 2020 : entre 99,3 et 102 Md CFA selon l'approche
- Valeur nationale sur la base des tarifs officiels : 33 Md CFA

Le coût du panier est évidemment lié aux tarifs. Si on remplace les tarifs inspirés par les coûts de production, par les tarifs demandés officiellement aux patients, on obtient bien 33 milliards FCFA. Mais les deux approches ne sont pas comparables, le tarif pour le patient étant un tarif social.

Pour les ASC, l'estimation a produit les chiffres de 246,5 FCFA par habitant. En multipliant par la population du Niger en 2020, on arrive à 5,7 milliards FCFA.

L'estimation du coût des transports liés aux références est fixée à 2 milliards FCFA pour 2020.

Au total, le chiffre de 110 milliards représente l'estimation du coût du panier en 2020, au niveau périphérique.

L'étude ENABEL devait aussi permettre, par extrapolation, de définir le coût du panier de soins gratuit actuel, au moins pour le niveau périphérique.

Le coût du panier de la gratuité au niveau périphérique est estimé à 61,3 milliards FCFA.

Pour avoir le coût total du panier de la gratuité, il faudrait ajouter les soins aux moins de 5 ans au-dessus du niveau périphérique, les césariennes et autres interventions chirurgicales hors DS, les prises en charge des cancers féminins hors DS.

Un autre éclairage peut être apporté par une étude menée au Burkina Faso qui compte le même nombre de population que le Niger et qui montre que le pays consacrerait près de 30 milliards de francs CFA par an à la gratuité. Mais le périmètre concerné est plus large, il inclut la prise en charge des accouchements.

A ce stade, malgré les différents éclairages apportés, le coût du panier des soins gratuits au Niger reste très imprécis.

Tableau 11 Repères actuels pour estimer le coût national du panier des soins gratuits

Méthodologie	Périmètre gratuité	Md CFA
A partir des factures de gratuité reçues au MSP en 2016 (très en deçà de la réalité)	Cible	8 Md
A partir des dépenses courantes de SR en 2018	Cible reconstituée	14 Md
A partir des données du Burkina Faso	Cible plus large	30 Md
A partir de l'étude ENABEL de 2020 (coûts de production)	Cible uniquement au niveau périphérique	61,3 Md dont 831,45 millions pour les césariennes

Pour mémoire, il existe bien depuis 2007 dans le budget du MSP une ligne budgétaire dédiée à la gratuité. La loi de finances prévoyait 3 milliards de francs CFA en 2007, 7,8 milliards en 2008 et 4 milliards en 2009. Il est habituel d'évoquer un besoin de compensation de 7 à 8 milliards de francs CFA en moyenne par an, en plus du budget prévu par la Loi.

Connaître le coût total de production du panier des soins gratuits et connaître la composante moyenne des coûts (45% à 55% pour les intrants, autour de 25% pour le personnel et pour les bâtiments, équipements et fonctionnement) permettra de fixer une tarification globale CSU.

A titre informatif et avec toutes les réserves, à ce stade de l'analyse des résultats à partir des coûts de production calculés dans l'étude ENABEL, une première proposition de tarification du panier des soins gratuits peut être élaborée pour le niveau périphérique.

Tableau 12 Première proposition de tarifs pour les prestations du panier redimensionné

Prestations	Contenu proposé	Tarifs actuels	Tarifs cibles
Césarienne	Cs anesthésiste		HD 38 043
	Césarienne	HD 35 000	+2j hospitalisation et sans intrants = 45 000
	Cimétidine 200 1cp Sonde de Foley 1 Céfazoline IV 2g Oxytocine 10 + 20 UI Cathéter veineux Ringer Lactate 1l Glucose 5% 1l Paracétamol 1g*4/j/5j Pansements/fils		Avec transfusion = 51 000
	Surveillance initiale Pose d'une sonde urinaire Pose d'une perfusion Anesthésie générale /rachi anesthésie		
Urgences obstétricales GEU	Test de grossesse Echographie Ponction du cul de sac de Douglas Pose d'une perfusion (cathéter 16-18G avec Ringer lactate) Groupe sanguin pour transfusion laparotomie	HD 35 000	HD 27 000 +2j hospitalisation et sans intrants = 34 000 Avec transfusion 40 000
Urgences obstétricales Rupture utérine	Pose de deux voies veineuses (cathéter 16-18G avec Ringer lactate) Pose d'une sonde de Foley Laparotomie en urgence Césarienne Transfusion Suture ou Hystérectomie	HD 35 000	Sans compter le coût d'une éventuelle césarienne
Planification familiale	Implants progestatifs DIU-LNG, DIU-Cu Progestatifs injectables Stérilisation Contraception d'urgence		HD 1 500 + intrant (DIU, contra injectables) CSI de 250 (condoms) à 3 200 (pilules) Tarif 2 000*
Consultation prénatale	4 C si grossesse non compliquée Tests : syphilis, paludisme (3 fois), HIV (2 fois), anémie, infection des urines par bandelettes (4 fois) Fiche de suivi de grossesse Vaccin antitétanique (5 doses VAT)		Tarif 4 000*

	<p>Sulfate ferreux/acide folique 200mg/j/9 mois Ou micronutriments multiples +/- Tt spécifiques : Albendazol 400mg dose unique (ankylostome), palu, HIV, carences Ca, vit D, iode, infections urines, malnutrition 1 séance collective de préparation à l'accouchement</p> <p>6 C si grossesse compliquée</p>		
Nouveau-nés	<p>Nné normal: +/- Antibioprophylaxie pdt 2j Systématique : tétracycline 1% ophtalmo (gonocoque), phytoménadione IM (vit K1), vit D pdt 6 mois, Vaccins : hépatite B monovalent, BCG, polio oral</p> <p>Réanimation du Nné (10%) : arrêtée après 10' si pas de fréquence cardiaque, après 20' si pas de respiration spontanée, malgré une fréquence cardiaque normale</p> <p>Nouveau-né malade : Infections : ampicilline IV+ gentamicine IM ou Cloxacilline IV + gentamicine IM, pdt 7à10 j Hypoglycémie : glucose 10% PO, sonde, IV Ictère néonatal : +/- transfert Convulsions : phénobarbital IV Infections transmises par la mère : syphilis (benzylpénicilline IV), gonocoque-chlamydia (ceftriaxone IM), herpès (aciclovir 3% ophtalmo), hépatite B (vaccin), HIV (Tt), tuberculose active (isoniaside)</p>		CNour 2 500 *
Maladie de l'enfance	<p>Niveau CS : PMA Niveau CSI : PMA élargi Niveau HD : PCA</p>		<p>CSI/CS consult 4 000* HD consult 10 000* J hosp 20 000*</p>
Cancer du sein	<p>Dépistage : palpation, mammographie, +/- échographie</p>	<p>Chir tumeur du sein = 61 875CFA (tarif MIG)</p>	

	Traitement : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, +/- hormonothérapie Evacuation		
Cancer utérus	Dépistage : frottis Traitement : conisation, amputation du col, hystérectomie, colpo-hystérectomie, radiothérapie, chimiothérapie Evacuation	Hystérectomie = 80 000 CFA (tarif MIG)	
Cancer des annexes	Chirurgie Chimiothérapie Evacuation	Chir tumeur ovariens = 39 375 CFA (tarif MIG)	
Cancers de la femme	Hors chirurgie (Hôpital National)		
Accouchement assisté	Proposition d'extension		HD 12 000* CSI 6 000 *
Malnutrition Aigue	Proposition d'extension		CSI 4 000* + coût nutriments

*Tarif retenu pour l'estimation 2020

Ce premier exercice de tarification intègre des coûts unitaires d'acte comme les consultations. Il devra être repris si le principe des forfaits est retenu.

Tableau 13 Exemples de la césarienne en HD et la consultation enfants en CS pour illustrer les trois montants

	Forfait actuel	Coût de production (étude ENABEL)	Forfait proposé
Césarienne 1 Consultation 2 jours d'Hospitalisation	35 000 CFA	De 42 043 à 58 846 CFA De 10 395 à 13 022 CFA De 21 400 à 84 526 CFA Total = 73 838 à 156 394 CFA	45 000 CFA
Consultation des enfants de moins de 5ans en case de santé	250 CFA	De 3241 à 3439	4 000 CFA

3.4 Mesures pour mieux maîtriser son coût

Aujourd'hui, le processus de gestion de la politique de gratuité des femmes et des enfants de zéro à 5 ans, en place depuis 2006, n'est pas suffisamment régulé.

Les prestataires, sur la base d'une tarification réglementaire (cf. la césarienne) et d'usage (cf. le manuel de gestion de 2007), adressent des factures mensuelles consolidées par l'échelon supérieur. Au final, les factures arrivent à la Cellule de Gestion de la Gratuité (CGG) placée auprès de la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP).

Les contrôles se résument pour l'instant à une simple vérification arithmétique à chaque niveau de consolidation.

De façon théorique, chaque temps clé du processus devrait être sous contrôle et bénéficier d'actions de gestion du risque :

- Eligibilité aux prestations garanties
- Adéquation entre la facture émise et la prestation fournie
- Suivi de la facture émise
- Suivi de la facture payée

La réalité est toute autre et, devant des tarifs souvent inférieurs aux coûts réels des prestations et face à l'absence actuelle d'un outil informatique permettant de suivre la traçabilité des factures émises et payées, les possibilités de contrôle sont très limitées.

Il paraîtrait donc raisonnable dans un premier temps de sécuriser pour partie la réalisation des factures. Ces contrôles orientés sur les patients et les prestataires des trois niveaux de la pyramide sanitaire pourraient, en restant réalistes, se construire en quatre étapes :

- Déclaration sur l'honneur obligatoire des patients précisant qu'ils ne bénéficient pas d'une couverture sociale spécifique (les mutuelles socioprofessionnelles, la mutuelle générale d'assistance, les mutuelles communautaires, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et les assurances privées).
Le problème des femmes et enfants non-nigériens dans les zones frontalières pourrait être abordé sous cet angle.
- Engagement sur l'honneur obligatoire de tous les prestataires des trois niveaux, sur un document officiel formaté et valable un an, précisant que les factures émises correspondent bien aux prestations délivrées. Ils s'engageront aussi à ne pas facturer les prestations gratuites offertes en utilisant les intrants fournis par les partenaires.
- Mise en place au niveau des districts de contrôleurs assermentés chargés de vérifier les factures émises. Les contrôles pourraient exister sous deux formats :
 - Contrôles aléatoires ou orientés pour vérifier des factures récentes, émises par exemple dans la semaine
 - Audits thématiques à distance, par exemple sur les césariennes des 6 derniers mois.

Au Burkina Faso, le Ministère de la santé a passé des contrats avec des ONG qui effectuent des contrôles et des évaluations sur demandes dans les régions. Le Ministère de la Santé identifie les établissements à visiter et les ONG effectuent le contrôle sur le terrain. Les

contrôles portent sur les registres de soins et les documents comptables, sur les informations recueillies dans l'applicatif et des bénéficiaires sont tirés au sort et interrogés sur les services inscrits dans le registre.

Dans un deuxième temps, il faudrait faire appel à des médecins ou infirmiers conseils pour juger de l'effectivité et de la qualité des soins facturés.

- Mise en place d'une grille nationale de pénalités proportionnées aux écarts constatés par les contrôleurs au niveau des formations sanitaires.

La gestion d'un tel dispositif pourrait être confiée aux 8 Directions Régionales de Santé Publique. 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, permettent de décentraliser la gestion de la gratuité.

Ce dispositif aurait aussi l'avantage de redonner confiance à la population, aux PTF et aux acteurs institutionnels dont, en premier lieu, le Ministère des Finances qui refuse d'être un payeur aveugle.

Une autre piste serait d'utiliser le DHIS2, en place depuis 2017 au niveau de l'ensemble des prestataires de soins jusqu'au niveau des CSI. A l'instar du Burkina Faso, il faudrait adapter un masque de données aux attentes du monitoring de la gratuité et l'ensemble des factures et des rapports seraient automatisés à tous les niveaux. Ainsi, le poids des contrôles comptables serait allégé.

A notre connaissance, cette piste technologiquement possible n'a pas fait l'objet d'exploration de la part du MSP.

Enfin, il ne faut pas oublier que le coût du panier sur le périmètre actuel sera, à terme, mécaniquement impacté par la Loi n° 2018-22 du 27 avril 2018 déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale. En effet son article 19 stipule que les personnes porteuses de la carte nationale de solidarité bénéficieront de la gratuité sans limitation du périmètre de prise en charge. Cette disposition devrait concerner près de 45% de la population nigérienne (enquête ECVMA 2014 : enquête nationale sur les conditions de vie des ménages)

Il est donc impératif d'imaginer dès maintenant un plan de régulation et ces quelques pistes d'actions de contrôle, simples à déployer, prouvent que la mise en place d'un plan de régulation peut intervenir sans nécessairement mobiliser des moyens sophistiqués ou un système d'information et des indicateurs multiples. Souvent les plans de régulation intègrent différentes orientations :

- Plan de régulation à finalité de lutte contre la fraude
- Plan de régulation à orientation de santé publique
- Plan de régulation qualité des soins et pertinence
- Plan de régulation réduction des dépenses de santé

3.5 Recommandations réglementaires et techniques pour une meilleure maîtrise de l'effectivité et de la qualité des soins

Mêmes si les possibilités de régulation restent aujourd'hui très limitées, il est important de mettre en place rapidement, sur le périmètre de la gratuité actuelle, un premier dispositif de régulation. Il préfigurerait la mise en place d'une véritable politique de gestion du risque, indissociable de tout système de santé et indispensable dans la mise en place d'une couverture santé universelle.

Comme la régulation d'une CMU fait appel à différentes fonctions, outils et acteurs aux interactions souvent complexes, il convient à ce stade de développement du système de soins du Niger, de proposer sur le périmètre de la gratuité des actions très pragmatiques. Il est en effet plus facile de mettre en place une régulation par le panier de soins dès la création d'une CMU, les situations éventuelles de rente n'étant pas encore acquises. Il faut d'emblée éviter que les prestataires puissent choisir et optimiser leurs interventions. La mise en place de listes fermées de produits et de forfaits paraît la réponse la plus adaptée.

Tableau 14 Recommandations réglementaires et techniques prioritaires pour une meilleure maîtrise de l'effectivité et de la qualité des soins

Actions	Recommandations réglementaires	Recommandations techniques
Mettre en place un dispositif de contrôle des prestations sur le périmètre de la gratuité	Inscrire dans la Loi le principe du contrôle des prestations réalisées dans le cadre de la gratuité et le principe de la mise en place de pénalités en cas de non-respect des règles Prévoir un arrêté pour préciser les modalités de mise en œuvre des contrôles et des pénalités	Bâtir : -Un modèle national de déclaration sur l'honneur pour les patients et les prestataires -Une grille nationale de pénalités -Une communication nationale pour informer les prestataires et les populations
Organiser la formation de contrôleurs puis de médecins conseils/infirmiers conseils	Inscrire dans la Loi les métiers de contrôleur, de médecin conseil et/ou d'infirmier conseil et leurs missions	Prévoir une formation nationale Se rapprocher de la formation des médecins conseils mise en place par la Côte d'Ivoire
Développer sur smartphone un applicatif dédié aux contrôles	Enregistrer l'applicatif contrôle comme l'applicatif officiel	Applicatif à développer par le MSP Les constats des contrôles sont réalisés sur place et en temps réel

3.6 Possibilité d'extension du panier actuel

Le panier de gratuité, même redimensionné, manque aujourd'hui de cohérence dans son offre de prise en charge des femmes et des enfants de zéro à 5 ans. L'approche n'est pas globale et reste encore insuffisante pour améliorer réellement l'accès aux soins et services de qualité. Avec un taux de fertilité maternelle de 7,6, le plus élevé au monde, certains besoins importants des publics cibles ne sont pas couverts.

A ce stade du développement du système de soins et compte tenu des chiffres épidémiologiques de mortalité et de morbidité, il est raisonnable de proposer d'élargir le panier actuel à la prise en charge de :

➤ **Accouchement assisté**

C'est un processus par lequel, une femme reçoit des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le post-partum immédiat. Ce processus nécessite un Personnel Qualifié (médecins ; infirmiers ; sages-femmes) et un environnement adéquat qui inclut des fournitures et un équipement suffisant, des infrastructures ainsi que des systèmes de communication et de référence efficaces et efficients.

La gratuité de l'accouchement assisté consiste donc à fournir à une femme enceinte qui se présente dans une formation sanitaire pour accoucher, des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le postpartum immédiat par un personnel qualifié, sans qu'elle n'y participe financièrement. Un tiers payant prend en charge les prestations fournies gratuitement.

Une expérimentation, financée dans le cadre du PAPS, est en place depuis 2015 dans les régions de Dosso, Maradi, Tahoua et Zinder avec octroi de bons d'accouchements. Le gouvernement prend en charge les frais d'accouchement et intrants nécessaires sur la base d'un forfait d'un montant de six mille cinq cents (6 500) francs CFA.

La coopération allemande mène dans la région de Tillabéri une autre expérimentation d'accouchement assisté sur la base d'un forfait de dix mille (10 000) francs CFA. Il s'agit d'un programme important, financé à hauteur d'un montant de 28 millions d'euros dont 1 million comme contribution de l'Etat nigérien. Cette expérimentation présente la caractéristique de déployer grandeur nature, au niveau d'une région, un modèle de gestion très complet, avec comme composantes :

- **Composante 1** : application d'un mécanisme de fonds d'achat basé sur les résultats qui sert à réduire les barrières pour la population afin d'obtenir des soins et services de santé de qualité, en recapitalisant les formations sanitaires et orientant les activités des centres vers l'atteinte des indicateurs du Plan de Développement Sanitaire ;
- **Composante 2** : mise en place des équipements et réhabilitation des formations sanitaires afin d'améliorer les conditions de travail et la qualité des soins et services ;
- **Composante 3** : mise en œuvre des mesures de communication, sensibilisation, et distribution à base communautaire pour augmenter l'utilisation des services.

L'analyse des résultats des nombreux indicateurs mis en place dans les différentes composantes sera riche d'enseignements pour la construction même de l'INAM.

Compte tenu des enjeux de santé sur les taux de mortalité maternelle, infanto-juvénile et néonatale, il est souhaitable que l'ensemble des femmes du Niger bénéficie de ces expérimentations, qu'elles soient incluses dans le panier des gratuits et que l'Etat, tiers payant, prenne en charge les prestations fournies gratuitement. Cette proposition est partagée par l'ensemble des institutionnels et des partenaires interrogés.

➤ **Malnutrition aigüe**

La gestion de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigüe relève du MSP et plus spécifiquement de la Direction de la nutrition. Les principales cibles de cette gratuité sont les enfants de moins de 5 ans, les femmes allaitantes, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les adolescentes.

Actuellement la dotation en médicaments et nutriments entrant dans le cadre de la malnutrition aigüe est régie par l'Arrêté n° 079/MSP/LCE/ME/F du 26 avril 2006 portant gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans.

En revanche, il n'existe pas de texte en ce qui concerne les femmes allaitantes et les adolescentes qui bénéficient également de dotations gratuites en aliments et en fer respectivement.

Le besoin est important, on estime, qu'entre 2014 et 2017 en moyenne 353 359 enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition sévère et 399 675 souffrant de malnutrition modérée ont bénéficié de cette gratuité (source MSP). Actuellement l'Etat est peu contributeur et le financement est essentiellement assuré par les partenaires (UNICEF, PAM, OMS, ECHO (UE), PAM, MSF, Action contre la faim (ACF), Save the children et Croix rouge française)

Le panier actuel des prestations fournies dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition aigüe (les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi en cas de malnutrition sévère, et les médicaments de traitement comme les antibiotiques et la vitamine A) doit être sécurisé en l'intégrant dans le nouveau panier de soins des gratuits. Aujourd'hui, les financements des nombreux partenaires ne sont pas maîtrisés et on constate une mauvaise coordination des interventions. Malgré des échanges entre les partenaires et le MSP, les décisions finales de hauteur des financements et des lieux d'intervention échappent pour partie aux décideurs du pays.

On estime à environ à 18 milliards de francs CFA par an le coût de la gratuité des prises en charges des malnutritions aigües.

3.7 Possibilité de définir un modèle de panier de soins intégré

Le Niger dispose aujourd'hui, de façon schématique, de deux types de système de gratuité : celui mis en place et géré par l'Etat pour les femmes et les enfants de zéro à cinq ans et ceux déployés par les partenaires à travers des programmes thématiques.

En théorie, un même enfant ou une même femme peut avoir besoin des deux systèmes. Par exemple, une femme enceinte peut être porteuse du VIH et un enfant de moins de 5 ans peut être atteint de malnutrition aigüe. En pratique, rien ne permet de garantir à l'ensemble de la population du pays cette double prise en charge gratuite.

Les PTF sont nombreux, plus de 20 dans le secteur de la santé, et ils interviennent le plus souvent avec des financements indirects, comme la fourniture d'intrants. Malgré l'existence d'un groupe de coordination des PTF et le rôle actif du MSP dans cette coordination, il n'est pas toujours aisé de bien articuler les différents calendriers et les lieux d'intervention retenus.

L'offre de gratuité existe donc, elle est importante mais aurait besoin d'être coordonnée et gérée de manière globale de façon à apporter une réponse optimale aux besoins des populations. Seul un panier de soins unique, intégré, permettrait d'atteindre cet objectif.

Pour ce faire et compte tenu de cet existant, il faut que le Pays se dote :

- d'une structure nationale déconcentrée et autonome pour regrouper les financements de l'ensemble des bailleurs de la santé, en garantissant d'abord une gouvernance équilibrée et adaptée aux enjeux. C'est l'idée du fonds commun de santé qu'il convient de faire évoluer ;
- d'un système d'informations idoine ;
- d'une organisation de terrain robuste.

➤ La gouvernance

Le projet de créer une nouvelle structure sous statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) avec son caractère d'autonomie et de rattachement à deux, voire trois tutelles (MF, MSP, Ministère de la Protection Sociale), a été retenu techniquement en mars 2020. La proposition d'un Institut National d'Assistance Maladie (INAM) pourrait être la bonne construction pour répondre, au moins pour partie, aux enjeux de :

- Regroupement de tous les financements de la santé de l'Etat et des partenaires
- Autonomie administrative et financière de la structure
- Professionnalisation de la gestion de la gratuité des soins, notamment pour sécuriser l'achat des soins (conventionnement des prestataires, suivi des facturations, contrôles administratifs)
- Approche assurantielle globale
- Politique nationale de gestion du risque

La Loi N° 2018-22 du 27 avril 2018 déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale dispose :

Article 19 : les personnes vulnérables bénéficient de la prise en charge gratuite en matière de santé (mise en place d'une carte nationale de solidarité)

Article 26 : crée une Agence Nationale de la Protection Sociale. C'est un établissement public à caractère social doté de la personne morale, d'une autonomie financière et des pouvoirs

propres dans les matières relevant de ses compétences. Elle est placée sous la tutelle du Ministère en charge de la protection sociale.

Il conviendra d'abord de définir l'architecture générale de la CMU, pour pouvoir préciser les missions d'Agence Nationale de la Protection Sociale et celles de l'INAM et, au final, pour pouvoir obtenir la meilleure articulation fonctionnelle entre les deux structures.

➤ Le Système d'Information et de Gestion (SIG)

C'est l'élément clé de la construction de cette ambition nationale de disposer d'une CMU régulée, il représente le cœur de métier de l'INAM. De fait, c'est un chantier prioritaire qui doit être pensé très en amont, de façon à pouvoir démarrer avec un système d'information opérationnel.

Ce système d'information doit constituer d'abord une réponse à un besoin de traçabilité des bénéficiaires et des bénéfices du dispositif de gratuité des soins. Le respect du parcours de soins et 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.

Ce système doit être constitué par des 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 des indicateurs de pilotage, de suivi et d'évaluation du système de gratuité des soins.

Le SIG de l'INAM doit aussi être en lien avec le système général d'information du système de santé, voire avec certains SI des partenaires.

Il doit être modulaire, interopérable et évolutif dans le cadre global du système de la CMU. Sa construction progressive doit être imaginée à partir d'une plateforme unifiée autour du SNIS, en intégrant le dispositif FBR et la gratuité.

L'expérience du Burkina Faso en la matière doit être analysée. Une plateforme électronique d'information et de suivi distincte, appelée e-Gratuité a été mise au point pour la gestion de la gratuité en 2020 par le Ministère de la Santé. La plateforme est accessible pour la saisie, le traitement et l'analyse des données par les responsables de l'information sanitaire de l'ensemble des régions, districts et hôpitaux.

➤ L'organisation de terrain

La mise en œuvre du panier dans toutes ses composantes et aux trois niveaux de la pyramide sera vraiment opérationnelle si l'organisation de terrain mise en place est robuste.

Le pilotage pour être efficace doit être décentralisé au niveau des régions et les DRSP représentent la bonne structure administrative pour porter, déployer un panier intégré et suivre dans la durée le bon fonctionnement du dispositif.

Au-delà du SIG, qui sera très structurant dans le fonctionnement et le suivi des mécanismes de la gratuité, la réussite du projet repose avant tout sur la bonne volonté des prestataires pour le faire fonctionner. Il faut compter sur deux leviers indispensables.

- La formation : il faut prévoir pour l'ensemble des acteurs un plan de formation pour que chacun s'approprie le nouveau dispositif de gratuité et son SI
- Le FBR : il sera précieux d'accompagner financièrement les structures et les personnes dans ce changement majeur. Cette part de financement basée sur les résultats participera à l'autonomisation des prestataires dans la gestion de leurs ressources.

Une information générale des populations est indispensable et les relais communautaires devront être privilégiés.

Au Burkina Faso, il existe au niveau communautaire une offre de santé structurée. Les services de santé sont fournis par les Agents de Santé à Base Communautaire (ASBC), les organisations communautaires et les organisations de la société civile (OSC) impliquées dans le secteur de la santé. Le responsable de chaque établissement de santé (CSPS, CM et CMA) dresse une liste des ASBC situés à 5 kilomètres au moins d'une structure de santé et assure leur approvisionnement en médicaments et en produits nécessaires.

3.8 Inventaire des sources de financement de la gratuité

Au Niger, il faut distinguer le panier des soins gratuits pour les femmes et les enfants de zéro à 5 ans instauré en 2006 et garanti par l'Etat, des programmes de santé ciblés, portés par les partenaires. Ces derniers offrent des services gratuits, comme la prise en charge du VIH, de la tuberculose, de la vaccination, ou encore des produits contraceptifs, etc.

Les sources de financement sont nombreuses, croisées, pas forcément bien connues des prestataires et des bénéficiaires, et elles peuvent varier dans le temps.

- Pour les femmes et les enfants de zéro à 5 ans, le périmètre de la santé de la reproduction suivi dans le rapport des comptes de la santé nous permet d'apprécier l'origine des sources de financement.

Tableau 15 **Recettes** des Régimes de financement des dépenses courantes de la Santé de la Reproduction en 2018 (en Millions de FCFA)

Recettes des régimes de financement des soins de santé	TOTAL Santé de la reproduction	Affections maternelles	Affections périnatales	Prise en charge d'une contraception (planning familial)	Affections liés à la santé de la reproduction non spécifiées
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	28.130.628,678	22 844 132,769	130 054,039	4 276 566,027	879 875,841
Transferts d'origine	3.738.481,659	378 150,891	207 752,532	1 755 283,985	1 397 294,249

étrangère distribués par l'administration publique					
Cotisations d'assurance sociale	302.540,688	24 712,482	23 214,755	226 156,653	28 456,797
Prépaiement volontaire	819.259,100	413 622,245	33 894,184	330 194,960	41 547,710
Autres revenus nationaux	11.227.353,394	2 126 860,662	3 266 683,523	1 820 856,729	4 012 952,478
Autres revenus venant des ménages	7.568.959,776	1 831 933,351	1 828 996,106	268 845,686	3 639 184,632
Autres revenus venant des entreprises	2.411.174,988	111 825,790	1 404 300,538	797 110,591	97 938,068
Autres revenus venant des ISBLSM	1.245.639,554	182 971,801	33 267,541	753 721,066	275 679,144
Autres revenus nationaux non spécifiés	1.579,074	129,718	119,337	1 179,385	150,633
FS.7 Transferts directs étrangers	1.368.540,093	32 167,220	13 959,117	1 254 555,941	67 857,814
TOTAL	45.586.803,616	25 819 646,271	3 675 558,154	9 663 614,299	6 427 984,892

Source : rapport des comptes de la santé 2018

Les dépenses liées à la SR sont donc supportées en premier lieu par les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé) avec **61,71%** en 2018. Les autres revenus nationaux occupent la seconde position avec **24,63%** et ensuite les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique avec **8,20%** soit **3,738 milliards** de FCFA.

➤ Pour les autres programmes de gratuité

Tableau 16 Exemples de financement de programmes de gratuité

Programme	Financement	Commentaires
Gratuité de la prise en charge des PVVIH	Etat Fonds Mondial Interventions ponctuelles de l'UNICEF	Programme national, Loi de 2015 Le mécanisme de compensation se fait par le pré-positionnement d'intrants
Gratuité de la prise en charge de la tuberculose	Etat Fonds Mondial, GDF, MSF, action Damien	Programme national Gratuité historique non cadrée par des textes portant sur : médicament, laboratoire, hospitalisation, frais de transport...
Gratuité de la prise en charge des maladies tropicales négligées MTN	Etat OMS, Banque Mondiale, Centre Carter...	Absence de cadre légal Traitement de masse dans les zones endémiques
Gratuité du sang	Etat	Absence de cadre légal

	Fonds Mondial, Fonds commun, Laban Niger...	Coût : plus de 1,3 Md FCFA en 2017
Gratuité de la malnutrition Aigüe	Etat UNICEF, PAM, OMS, MSF, ACF...	Programme national (Arrêté) Besoins importants chez les enfants de moins de 5 ans Coût : 18 Md FCFA par an
Gratuité du paludisme	Etat Fonds Mondial, Banque mondiale, UNICEF, OMS, USAID, MSF, coopération chinoise...	Programme national Gratuité partielle sans fiabilité des données de terrain

Ces quelques exemples de programmes de gratuité thématiques mettent en évidence les contraintes et difficultés rencontrées dans la gestion de ces prises en charge :

- Faible contribution de l'Etat
- Financement importants par les partenaires
- Non maîtrise du financement des partenaires
- Insuffisance de coordination des interventions
- Iniquité dans la réponse aux besoins des populations

Il est proposé d'étendre le panier actuel aux accouchements assistés et à la malnutrition aigüe. Pour la malnutrition, il existe déjà une prise en charge importante et structurée. L'enjeu est donc de transférer l'existant dans un cadre de gratuité piloté par l'Etat.

De la même façon, le dispositif de gratuité du sang doit être récupéré pour les césariennes et urgences obstétricales nécessitant des transfusions.

Il en va de la sécurisation dans la durée de ces prestations essentielles.

3.9 Evolution des dépenses dans les 5 ans

- Coût actuel

Il se situe probablement entre 14 milliards de francs CFA, partie basse de la fourchette représentée par la somme recalculée à partir des dépenses courantes en soins de la reproduction, mais sur un périmètre reconstitué (Cf chapitre 3.3 du rapport, sources : rapport des Comptes de la Santé 2018) et 25 milliards.

Le Burkina Faso, pays de la sous-région avec une population comparable représente le seul repère officiel à ce stade. Son dispositif de gratuité coûte quant à lui 30 milliards par an, mais sur un périmètre plus large.

L'étude ENABEL de 2020 sur les coûts de production, estime que le panier de la gratuité, au niveau périphérique, revient à 61,3 milliards FCFA.

- Démographie

La démographie représente le seul élément factuel sur lequel s'appuyer pour estimer l'évolution des dépenses de la gratuité à 5 ans.

Selon la projection du RGPH 2012, la population totale du Niger est estimée à 21.466.864 habitants en 2017 avec une densité moyenne de 16 habitants au Km², et l'espérance de vie à la naissance est estimée à 64 ans pour les hommes et 65,3 ans pour les femmes. Les femmes représentent 50,11% de la population totale et celles en âge de procréer représentent 20,77%.

L'enquête démographique et de santé (EDSN V 2017) a estimé l'Indice Synthétique de fécondité (ISF) à 6 enfants par femme. Le pays est caractérisé par une forte croissance démographique (3,9% par an).

Il convient donc de s'attendre à une progression probable de la population de 15% à 20% à 5 ans, donc de 15% à 20% de besoins de santé potentiels en plus et de 15% à 20% de dépenses en plus !

Et, c'est sans compter avec le recours aux soins qui va obligatoirement se modifier avec le temps. Aujourd'hui, plus de 2/3 de la population du Niger vit en milieu rural sans pratiquement aucun accès aux soins et aux services de santé. Demain cette faiblesse dans la couverture de santé devrait s'améliorer progressivement et entraîner aussi, mécaniquement, une augmentation du taux d'utilisation des services de santé, estimé aujourd'hui à 58,17%.

Au final, de façon globale et macroscopique, on peut s'attendre d'un point de vue théorique à une évolution des dépenses de santé à 5 ans de près de 20%.

Le défi est très important tant sur les plans politique, économique et logistique qu'humain. Il convient de l'anticiper dès maintenant et de l'aborder de façon globale avec l'ensemble des acteurs.

3.10 Possibilités de financement du dispositif de gestion de la gratuité

Aujourd'hui le dispositif de gratuité est un acquis pour tous et sa mise en œuvre une réalité. Seul son financement pose vraiment problème, ce qui génère de gros retards dans les remboursements des factures. On constate une insuffisance de moyens dans la gestion globale du dispositif et des formations sanitaires qui doivent se débrouiller pour fonctionner, ce qui se traduit dans les faits par une gratuité partielle.

Le financement de la gratuité doit, pour pouvoir assurer la soutenabilité du système, reposer sur 3 sources de financements fiables et complémentaires, liées entre elles par des engagements réciproques : l'Etat, les partenaires techniques et financiers, et les ménages.

- L'Etat : il doit s'engager fermement pour abonder la ligne budgétaire de la gratuité. Les prestataires de soins de santé, sans trésorerie pour la plupart, ne peuvent pas avancer des fonds sans garanties d'être remboursés. Sans remboursement, l'impact sur les fournisseurs est immédiat, ils cessent toute facilité, ce qui provoque le plus souvent des ruptures d'approvisionnement en médicaments. Ainsi, l'Etat doit aussi s'engager sur la fréquence des paiements (4 fois par an) pour ne pas mettre en danger les trésoreries des prestataires et pour faciliter la répartition des factures avec les partenaires.

L'Etat doit démontrer son engagement dans la santé en assurant le financement de la gratuité et en accroissant progressivement le montant alloué. C'est la preuve de sa volonté politique d'installer la CSU.

- Les partenaires : ils doivent apporter leur concours au financement de la gratuité en participant au paiement des arriérés et en complétant le montant des factures sur le même rythme que l'Etat.

Le lien avec l'Etat doit être contractuel de façon à bâtir une relation bien équilibrée avec une meilleure visibilité sur l'acquis des financements. Par exemple, les décaissements des PTF pourraient être conditionnés par l'effort de l'Etat dans le financement de la santé (un % du budget de l'Etat consacré à la santé ex-post, le respect des échéances et des montants...)

Le partage du financement de la gratuité le plus simple à mettre en place serait d'envisager un co-paiement Etat – PTF des factures trimestrielles, ou sur la base d'un %, ou à partir d'une enveloppe prédéfinie. Les modalités de paiement seraient définies chaque année et inscrites dans la Loi de Finances.

- Les ménages : une fois le financement de la gratuité partagé entre l'Etat et les partenaires contractualisés, il conviendrait de réintroduire un recouvrement, même symbolique, sur l'ensemble des prestations gratuites. Ce serait un contrat moral passé entre l'Etat et la population de façon à garantir le passage d'une gratuité partielle de fait, à une vraie gratuité, en instaurant une participation officielle minimale. L'objectif serait de responsabiliser les utilisateurs du système des gratuités.

Au Burkina Faso, la politique de gratuité a connu différentes périodes. Le système de soins de santé a fourni des services gratuitement jusqu'aux années 1980. Devant l'augmentation des déficits et la baisse de la qualité des services subventionnés par l'Etat, des frais d'utilisation ont été introduits (initiative de Bamako en 1990). Les frais d'utilisation sont alors perçus par les établissements et utilisés pour couvrir les frais de fonctionnement et pour acheter les médicaments. Puis, les premiers projets pilotes d'exemption des frais d'utilisation ont débuté en 2008 pour aboutir à l'actuelle politique de gratuité en 2016.

Il faudrait bien évidemment prévoir des exemptions totales pour les plus démunis ou encore pour ceux qui auraient, par exemple, suivi les formations communautaires à l'autonomisation.

Toujours au Burkina Faso, à l'échelon communautaire, les services de santé sont fournis par les Agents de Santé à Base Communautaire, les organisations communautaires et les organisations de la société civile (OSC) impliquées dans le secteur de la santé. Le responsable de chaque établissement de santé (CSPS, CM et CMA) dresse une liste exhaustive des ASBC qui fournissent des services à l'échelon communautaire dans sa zone de compétence. Ce responsable supervise ces ASBC et assure leur approvisionnement en médicaments et en produits nécessaires. Seuls les ASBC des villages situés à cinq kilomètres au moins d'une structure de santé sont, en principe, habilités à fournir des services dans le cadre du programme Gratuité.

Il a été prouvé, que des personnes issues de la communauté, engagées et sachant idéalement lire et écrire, peuvent être des relais efficaces dans l'action de la santé publique en faveur de leur population.

La promotion de la santé reste donc un outil indirect de financement en limitant les demandes de prise en charge.

Trois sources de financement différentes mais complémentaires et interdépendantes pour restaurer la confiance individuelle et collective et garantir la pérennité du système.

QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS POUR INTEGRER LA GRATUITE ACTUELLE AU FUTUR SYSTEME DE COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

4.1 Recommandations générales

R1 Construire un plan national de paiement des arriérés pour restaurer la confiance des PTF, prestataires et fournisseurs envers l'Etat

La mise en place d'un nouveau dispositif doit se faire sur des bases saines et la question des arriérés doit être préalablement réglée, au moins sur le papier. L'Etat doit négocier avec les différents acteurs de la gratuité et proposer, dans un dispositif national soutenu par les PTF, un plan pour apurer sa dette afin d'assainir les situations financières des prestataires et de leurs fournisseurs.

La marche vers la future CMU passe par un redémarrage de la gratuité placé sous de bons auspices.

R2 Contractualiser les engagements de l'Etat et des PTF sur des principes de financements complémentaires pérennes

Les décaissements des PTF seront, par exemple, conditionnés par l'effort de l'Etat dans le financement de la santé (un % du budget de l'Etat consacré à la santé ex-post) et par la tenue de ses engagements dans la gratuité, tant dans le montant des versements que dans leurs fréquences.

Les engagements de l'Etat seront, par exemple, tenus si les PTF acceptent que le fardeau financier de la santé soit globalement partagé avec les partenaires et selon des modalités négociées (au niveau du panier, au niveau de la pyramide ou au niveau géographique) et dans une logique de couverture nationale.

Le respect par l'Etat de sa signature sera la démonstration de son engagement vers la CMU.

R3 Anticiper la construction de la CMU, sur le plan réglementaire, informatique et humain

Ces trois facettes du projet CMU sont complémentaires et intriquées, elles doivent être menées de façon coordonnée et anticipée.

- Il convient que le Niger se dote du corpus des textes juridiques qui permettront de préparer la mise en place de la CMU. En premier lieu, il faut concrétiser le projet de création d'un Etablissement Public Administratif, l'INAM. A travers la gestion des gratuités de soins qui a vocation à évoluer vers une prise en charge des personnes âgées et des personnes les plus pauvres, l'Institut National représente un des socles du futur système de CMU du Niger et, à ce titre, devrait être mis en place rapidement.

Ce projet de création doit être porté conjointement et solidairement par le ministère de la santé publique, le ministère chargé de la protection sociale, voire le ministère des finances et il faut rapidement arrêter l'architecture générale de la future CMU. Cette architecture permettra de préciser l'articulation entre l'Agence Nationale de la Protection Sociale déjà créée par la Loi et le futur INAM.

Il faut de même, abandonner toute référence au manuel de gestion de 2007 et donner rapidement un statut juridique au nouveau panier de soins des gratuits, préfigurateur du futur panier de la CMU, et mettre en place un premier système de régulation.

- Le Système d'Information et de Gestion (SIG) représente l'élément clé du dispositif à construire. Il va permettre de disposer de données homogènes, de suivre, dans un premier temps, les bénéficiaires et les prestations du dispositif de gratuité des soins et d'intégrer des règles de gestion du risque comme le respect du parcours de soins. Il va permettre aussi de suivre toutes les formations sanitaires que les bénéficiaires du système fréquentent et les soins qu'ils y reçoivent, en fonction des pathologies qu'ils présentent.

A ce titre, les systèmes d'information, quelle que soit leur maturité, sont des outils incontournables de partage et d'échanges pour connaître, améliorer et réguler une couverture maladie au bénéfice de tous les acteurs (Etat, autorités sanitaires, assureurs publics et privés, patients, établissements de soins, professionnels...). Il est donc essentiel que les données recueillies, quel que soit le type de format (papier, numérique..) alimentent les systèmes d'information.

Il convient donc de lancer rapidement l'étude de faisabilité.

- Sur le plan RH, malgré l'existence d'écoles de formation du personnel de santé et d'une formation continue des cadres, il faut prévoir un plan national spécifique de formation des personnels de santé. Le constat actuel d'insuffisances quantitatives et qualitatives du personnel, risque de s'aggraver avec l'augmentation attendue du recours aux soins. Ce plan devra aussi intégrer la problématique de la répartition inégale des ressources humaines entre les zones rurales et urbaines. De façon plus large, il faudra revoir les modalités de rémunération des professionnels de santé pour pouvoir répondre aux enjeux. De même, pour les services communautaires, il convient de renforcer et de développer l'existant (Cf Recommandation 4). Il faut bâtir pour des services gratuits, un plan national de recrutement, de formation, de suivi et de motivation des bénévoles (indemnités potentielles)

Au Burkina Faso, les agents de santé à base communautaire bénévoles reçoivent une allocation de 40 dollars par mois sur le budget programmé de la gratuité.

4.2 Recommandations spécifiques

Les recommandations générales sont interconnectées et doivent être traitées globalement au plus vite. Elles constituent la charpente de la future CMU. Les recommandations spécifiques doivent faciliter son déploiement et son fonctionnement.

R4 S'appuyer sur les déterminants sociaux de la santé pour responsabiliser les populations et améliorer les résultats

La promotion de la santé est la seule approche pertinente pour améliorer les indicateurs de santé dans la durée. Les déterminants sociaux, cadre naturel de cette promotion, sont en général largement négligés, alors qu'ils représentent pour les pays pauvres, un formidable levier pour élargir et renforcer à moindre coût la couverture santé du pays.

Le Niger dispose en matière de déterminants sociaux d'une expérience importante qu'il convient de capitaliser.

➤ **Généraliser le déploiement de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance au niveau Communautaire**

Cette prise en charge innovante est en expérimentation depuis 2013 dans deux régions (Dosso et Tahoua) et quatre districts sanitaires (Boboye, Douchi, Dosso et Keita). Des agents de santé formés et supervisés sont capables d'offrir des soins de santé à base communautaire et contribuer à la détection, à la prévention et à la prise en charge initiale des principales affections graves chez l'enfant. Ils peuvent aussi identifier les symptômes qui justifient un transfert immédiat vers une structure de santé.

Après 4 ans de mise en œuvre, on note une réduction de la mortalité infanto-juvénile de près de 13%. Ce résultat doit renforcer la volonté de l'Etat de développer l'autonomisation individuelle et collective.

➤ **Élargir les interventions intégrées à assise communautaire**

En lien avec le MSP et les services de santé, il faut élargir le rôle des relais communautaires et leur paquet de prestation aux affections chroniques les plus dangereuses pour l'adulte car à l'origine d'une morbi-mortalité importante, mais souvent évitable (HTA, diabète...). A l'instar des paquets pour les enfants, il faut garder le principe d'un paquet complet avec un volet préventif, promotionnel et curatif pour les adultes ainsi que les modalités de fonctionnement. (Agents de santé formés et supervisés)

Le niveau communautaire de prise en charge en santé doit devenir de fait le premier niveau de la pyramide sanitaire. Il doit permettre, en répondant aux premières demandes de soins des populations, de réguler les réels besoins de soins qui ne manqueront pas d'augmenter avec une offre plus importante et mieux organisée.

R5 Bâtir une politique nationale de gestion du risque intégrée

Le concept de gestion du risque maladie correspond à un ensemble d'actions destinées à améliorer l'efficacité du système de santé, et donc à assurer à la population les meilleurs soins au meilleur coût.

C'est un des principaux éléments pour garantir la soutenabilité d'un système de santé et, à ce titre, la gestion du risque représente un axe prioritaire dans la politique de santé d'un pays. C'est à la Loi de prévoir les orientations de gestion du risque et aux Conseils du futur INAM et / ou de l'Agence Nationale de la Protection Sociale de les voter et d'en piloter la mise en œuvre opérationnelle.

Le cœur d'activité de l'INAM sera de gérer le risque en : l'évaluant, le prévenant, le réduisant ou en réduisant ses conséquences financières.

Face à un système en construction, il convient de prévoir d'intégrer, dès le début, des actions de gestion du risque dans toutes les composantes du système, notamment dans le SIG, mais aussi dans les processus métiers et dans les processus supports.

R6 Bâtir un plan national de communication

Il ne faut pas attendre pour parler de la Couverture Universelle du risque Maladie et le nouveau panier des gratuits représente une opportunité pour commencer à sensibiliser les acteurs. Le concept est nouveau, différent, et il faut pour le construire dans de bonnes conditions, une compréhension et une adhésion massive du plus grand nombre.

Le plan national de communication, porté par l'Etat et les collectivités territoriales, doit être élaboré par l'INAM avec le concours des PTF concernés, et comprendre deux volets complémentaires : la population d'un côté, les prestataires/ fournisseurs de l'autre. Il doit être imaginé dans la durée pour bien accompagner la mise en place progressive des différents jalons du système de CSU du Niger.

Il est impératif d'afficher dès le début un calendrier prévisionnel de déploiement et de faire des points réguliers sur le degré d'avancement du projet.

La première communication à bâtir doit porter sur le déploiement même du périmètre du panier des gratuits (panier socle, avec ou sans extension, uniquement au niveau périphérique ou global, avec des pathologies essentielles OMS).

Le cadre est national mais le portage devra se faire au plus près de l'ensemble des acteurs de terrain :

- La population : il va falloir notamment expliquer le changement de cible populationnelle et expliciter la notion de « personne vulnérable ». L'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) créée par la Loi du 27 avril 2018, responsable de la définition des critères et des règles d'identification des personnes vulnérables assujetties à la gratuité des soins (personnes âgées, indigents..) et responsable de la

délivrance des cartes nationales de solidarité, semble être la mieux placée pour porter ce volet de communication.

- Les prestataires – fournisseurs : l'objectif d'une communication nationale est avant tout de les rassurer sur le fonctionnement du dispositif, sa solvabilité et sa pérennité. Les engagements réciproques Etat-PTF doivent être transparents et connus de tous. La confiance dans le futur mécanisme de tiers-payant porté par l'INAM doit être totale, c'est la clé pour réussir la mise en place de la CMU au Niger.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION

Le redimensionnement du panier des soins gratuits pour les femmes et les enfants de zéro à cinq ans a été réalisé à partir du périmètre réglementaire historique de 2006, du périmètre du manuel de gestion de 2007, des standards nationaux et internationaux en vigueur et des pratiques actuelles de terrain.

La proposition d'extension aux accouchements assistés et à la malnutrition aigüe repose sur le constat épidémiologique de besoins importants des publics cibles insuffisamment couverts, malgré les nombreux programmes de gratuité en place.

Le redimensionnement et l'extension du panier des soins gratuits actuel proposés ont été globalement bien accueillis par les institutionnels et les partenaires techniques et financiers rencontrés. Ce panier, volontairement limité pour débiter, devra être progressivement élargi en fonction des moyens disponibles.

L'analyse globale de l'environnement du panier des soins gratuits actuel et à venir, tant réglementaire, financier, qu'opérationnel, a permis de proposer des mesures pour optimiser le fonctionnement actuel et anticiper de façon sécurisée les évolutions de périmètre. Ces mesures devront être précisées lorsque l'architecture cible de la CMU sera arrêtée.

Au final, cette analyse des différentes composantes du dispositif de la gratuité actuelle a permis d'émettre des recommandations générales et spécifiques pour accompagner le passage du dispositif actuel à celui de la future CMU. L'enjeu est de garantir, sur un périmètre élargi, un équilibre financier durable en passant de la population des femmes et des enfants de zéro à cinq ans à celle des futurs détenteurs de la carte nationale de solidarité.

Malgré une première étude ENABEL sur les coûts de production périphériques, il est difficile à ce stade de proposer pour le panier des soins gratuits une nouvelle tarification plus adaptée. Les résultats des coûts sont partiels et les approches indirectes trop imprécises pour pouvoir justifier des montants de forfaits. Il convient d'attendre les résultats d'une étude complémentaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1	BIT 2016 « Vers la mise en œuvre d'un socle national de protection sociale au Niger » la couverture universelle de santé
2	Caisse Nationale de Sécurité Sociale : Etude actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la CNESS
3	CTB 2015 :Elaboration d'une matrice des coûts des prestation de santé dans les formations sanitaires des niveaux intermédiaires et tertiaires
4	ENABEL 2021 : Etude tarification CS,CSI, HD – Etude actuarielle du panier de soins de l'AMU – Costing stratégique CSU
5	Manuel de procédures fonds d'achat pour le projet « PSR/KFW » au Niger
6	Médecins Sans Frontières : Soins obstétricaux et néonataux essentiels
7	Ministère de la Santé Publique : Comptes de la Santé 2018
8	Ministère de la Santé Publique/SG/DEP : Rapport d'étude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des mécanismes assurantiels en vigueur au Niger dans la perspective de la mise en place d'une Couverture Universelle du Risque Maladie
9	Ministère de la Santé Publique : définition du cadre institutionnel et fonctionnel de la structure nationale de de la gratuité des soins
10	Ministère de la Santé Publique/DEP : Rapport de l'étude des coûts des prestations des soins au niveau de la case de santé, cu centre de santé intégré et de l'hôpital de districts Niamey V et Gaya
11	Ministère de la Santé Publique/SG/DEP : Draft1 du guide du mécanisme de mise en place de l'octroi de bons d'accouchements et son remboursement par le Projet d'Appui à la Population et à la Santé (PAPS)
12	Ministère de la Santé Publique/SG/DEP/DSME: Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant : Plan de mise à échelle de la prise en charge intégrée des maladies des enfants au niveau commmunautaire 2017 - 2021
13	Ministère de la Santé Publique/SG/DEP/DOS : Normes et standards du système de santé du Niger
14	Organisation Mondiale de la Santé : Exemption de paiement des 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

15	UNICEF : Evaluation de l'intervention du programme de coopération Niger-UNICEF 2014-2018 dans le cadre de la politique de la gratuité des soins au Niger
16	RESADE SP4PHC : Présentation de la politique de gratuité au Burkina F

ANNEXES

Projet I3S- Activité de « Redimensionnement du panier de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de zéro à cinq ans »

Mission de Dr Pascal Perrot (Expertise France), accompagné de Bouchaib Mourjane (ATR/MSP) et Rakiatou (coordonnatrice Projet I3S)

Niamey-semaine du 09 au 13 novembre 2020

Date	Matin	Après-midi	Personnes rencontrées
Lundi 09/11/2020	1. 9h30/10h30 : UCP 2. 11h/11h30 : DEP 3. 11h30/12h : DOS	4. 14h/16h : Equipe de gestion de la gratuité des soins/DEP 5. 16h/16h30 : DGA 6. 16h30/17h : SG	1. Midou/Galo/Rakiatou (Unité Coordination Projet) 3. Mme Sourghia mariama Hamadou (DOS) et Amadou zachari- Chef Division
Mardi 10/11/2020	7. 9h/9h30 : AFD 8. 10h/10h30 : DRSP/Niamey 9. 11h/12h : Unicef	10. 14h/15h : Projet PASS (ENABEL) 11. 15h/16h : PSR (Kfw) 12. 16h/17h : ENABEL 13. 17h/18h : OMS	7. ILLA Hamidou- chargée de mission santé-illah@afd.fr- 90103684 8. DRSP- 96 87 64 19 9. Dr Guy Clarysse- Chef de section santé-gclarysse@unicef.org- 80066013 10. Soro-Chef de projet-doferegouo.soro@enabel.be 92046865 11. Dr salamata Samna-Chef d'équipe-calasamna@yahoo.fr- 92087709 12. Dr Fabienne Ladrière- Experte coordination sectorielle santé-fabienne.ladriere@enabel.be 80068269 13. Bizo Moussa-Conseiller en économie de la santé-bizom@who.int-92194819
Mercredi 11/11/2020	14. 9h/9h30 : MTEPS 15. 10h30/11h : MF 16. 11h30/12h : Lasdel	17. 14h/15h : Case de santé 18. 15h30/16h30 : CSI 19. 17h/18h : HD	14. Dr Iro Soulay- DGPS-Irosouley624@yahoo.fr - 96971072 15. Seidou Zeinabou-nabouseidou@yahoo.fr- 96964551 16. Carmel Jean-françois-chercheur-caremeljf@gmail.com- 99424862 (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local)

			17/18/19. Formations sanitaires 5 ^{ème} Arrondissement/Niamey
Jeudi 12/11/2020	20. 9h/10h : CHR 21. 10h30/11h30 : MCIG 22. 12h/13h : HN	23. 15h/16h : Restitution UCP 24. 16h/18h : Préparation rencontre GTR	21. Maternité Centrale issaka (Gazobi) de Niamey
Vendredi 13/11/2020	25. 8h/9h : Débriefing SG/SGA/DEP/DOS 26. 9h30/12h : Rencontre GTR	27. 15h/16h : Réunion de synthèse et planification de la suite de la mission avec l'UCP	

Rapport de mission n° 2

Niamey 18 au 22 janvier

	Rdv	Acteurs
18/01	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unité de Coordination Projet ➤ Equipe de gestion de la gratuité des soins ➤ Enabel : projet PASS ➤ Atelier Enabel : Etude des coûts de production (A Letourmy) 	Rakiatou, Midou 3 techniciennes Soro Soro, Dr En présence SG
19/01	<ul style="list-style-type: none"> ➤ UNICEF (visio) ➤ KFW 	Dr Tony, Clara L

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ H National - Service informatique et facturation des gratuits - Service épidémiologie et statistiques 	<p>Dr Samna Responsable de service Responsable du service</p>
20/01	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Protection Sociale ➤ MIG (maternité Gazobi) ➤ OMS ➤ Banque Mondiale (visio) ➤ Enabel 	<p>Dr Iro</p> <p>Pr Nayama</p> <p>Mme Gaoh DGA Dr Bizo</p> <p>Cedric, Driss Zinedine, Patrick, Clara, Bouchaib</p> <p>A Letourmy</p>
21/01	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atelier Enabel ➤ UNFPA 	<p>SG remplacé par DEP</p> <p>Abi Sapu, Dr Manzo (responsable PF)</p>
22/01	<ul style="list-style-type: none"> ➤ OMS ➤ Cellule de la gratuité ➤ Synthèse UCP élargie ➤ Haut-Commissaire à la modernisation de l'Etat 	<p>Pr Eric, Soro, AL</p> <p>Cellule fermée</p> <p>Galo, Soro, Letourmy Midou, Rakiatou, Saidou</p> <p>Amadou Saley Oumarou, Galo, Midou,</p>



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