

REPUBLIQUE DU NIGER  
FRATERNITE- TRAVAIL-PROGRES



MINISTERE DE LA SANTE  
PUBLIQUE



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTE



STRATEGIE NATIONALE  
DE FINANCEMENT DE LA  
SANTE EN VUE DE LA  
COUVERTURE  
UNIVERSELLE EN SANTE  
AU NIGER

# Table des Matières

Résumé.....	iii
1 Collecte des Fonds .....	iii
1.1 Financement Public .....	iii
<b>1.2 FINANCEMENT PRIVE</b> .....	iv
a) Evolution du recouvrement de coût.....	iv
b) Les ONGs Nationales.....	v
c) Les Associations Confessionnelles et Caritatives .....	v
<b>1°) Les organisations confessionnelles</b> .....	v
<b>2°) Les organisations caritatives</b> .....	v
d) <i>Les particuliers</i> .....	vi
<b>2.1 Approche Sectorielle</b> .....	vi
<b>2.2 Mutuelles et Assurances</b> .....	vi
2.3 Fonds Social de Santé .....	vii
3. AUTRES MECANISMES DE FINANCEMENT .....	viii
3.1 Gratuité des Soins.....	viii
3.2 <i>Financement basé sur la performance</i> .....	viii
4. Difficultés majeures dans le financement du système de santé .....	ix
5. OBJECTIFS .....	x
5.1 OBJECTIF GENERAL.....	x
5.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	x
SIGLES & ABREVIATIONS .....	iii
INTRODUCTION .....	1
2. METHODOLOGIE .....	3
3. ANALYSE DE LA SITUATION.....	5
3.1 Collecte des Fonds.....	5
3.1.1 Financement Public .....	5
3.1.2 Financement public à travers les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) .....	7

3.1.3 Financement public à travers les Collectivités locales.....	7
3.1.4 Financement Public à travers la CNSS .....	8
Forces .....	8
Faiblesses.....	8
Menaces/risques.....	9
Opportunités .....	9
<b>3.1.5 FINANCEMENT PRIVE</b> .....	10
3.1.5.1 Participation communautaire au Niger.....	10
3.1.5.2 Les Entreprises Privées et Para-publiques .....	12
3.1.5.3 Les ONGs Nationales.....	12
3.1.5.4 Les Associations Professionnelles et Caritatives.....	12
<b>3.1.5.4.1 Les organisations professionnelles</b> .....	12
<b>3.1.5.4.2 Les organisations caritatives</b> .....	13
<b>3.1.5.4.3 Les particuliers</b> .....	13
3.2 Mise en Commun des Fonds.....	14
<b>3.2.1 Approche Sectorielle</b> .....	14
<b>3.2.2 Mutuelles et Assurances</b> .....	14
3.2.3 Fonds Social de Santé .....	16
3.2.2.4 AUTRES MECANISMES DE FINANCEMENT .....	20
3.2.2.4.1 Gratuité des Soins.....	20
3.2.2.4.2 <i>Financement basé sur la performance</i> .....	21
3.3. Affectation des Ressources et Achat des Services .....	23
3.4 Analyse des parties prenantes : .....	26
4. Difficultés majeures dans le financement du système de santé .....	27
5. VISION .....	29
6. OBJECTIFS .....	29
6.1 OBJECTIF GENERAL.....	29

6.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES.....	29
7. AXES STRATEGIQUES.....	30
7.1 Axe stratégique : Amélioration de la mobilisation des ressources .....	30
7.2 Axe Stratégique : couverture universelle en santé .....	31
7.3 Axe Stratégique : utilisation des ressources mobilisées.....	33
8. Chaîne des résultats et Cadre Logique.....	38
8.1 Chaîne des résultats .....	38
8.2 Cadre logique axé sur les résultats.....	38
8.3 Produits et Actions attendus .....	43
8.4 Conditions de réussite.....	45
9. Le suivi-évaluation de la stratégie de financement .....	46
9.1 Système de suivi et évaluation .....	46
9.2 Indicateurs de suivi.....	47
Tableau de bord des Indicateurs .....	47
BIBLIOGRAPHIE .....	50
<b>ANNEXES</b>	

## Préface

L'un des défis majeurs auquel notre système de santé fait face est celui d'offrir à la population, des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé.

Conscient de cette situation, le Ministère de la Santé Publique a entrepris depuis le début des années 90s, de profondes réformes de son système de santé. Un des principaux buts de ces réformes est de rendre le système beaucoup plus performant et capable de produire des services et soins de santé de qualité à la population. A cet effet, le pays s'est doté d'un Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 ayant pour objectif principal de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population.

Par ailleurs, la performance d'un système de santé dépend dans une large mesure de ses capacités à mobiliser les ressources de manière efficace et à répartir équitablement le risque financier entre malades et bien portants, de même qu'entre riches et pauvres. Cette performance dépend aussi de l'acquisition judicieuse des moyens et services sanitaires ainsi que de la situation macroéconomique du pays.

De même, la façon dont un système de santé est financé, influe à la fois sur sa performance et la réalisation de ses objectifs. C'est pourquoi, il est démontré que l'ampleur, l'efficacité et l'équité du financement de la santé déterminent l'allure à laquelle les pays parviennent à réaliser les objectifs nationaux de développement sanitaire dont la couverture universelle aux soins de santé.

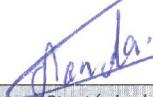
Pour ces raisons, l'OMS s'est engagée en 2005 à aider les pays à développer des systèmes de financement de la santé qui permettent à tout un chacun d'accéder aux services de santé sans être contraint au règlement préalable d'une contrepartie financière par le développement de stratégies appropriées.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique à travers la Direction des Etudes et de la programmation avec l'appui de L'OMS a élaboré un document de stratégie de financement de la santé.

Celui-ci a été validé au cours d'un atelier national de consensus, qui s'est tenu à Niamey du 10 au 12 mai 2012, regroupant les services du MSP, les secteurs connexes, les collectivités, les Compagnies d'Assurance privée, la Société Civile et les Partenaires Techniques et Financiers.

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SOUMANA SANDA



## **Résumé**

Le mode de financement du système de santé est un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population.

Au Niger comme dans bon nombre de pays pauvres, les dépenses sont encore trop faibles pour garantir un accès équitable aux services et aux interventions essentielles de santé. La réduction ou l'absence des ressources publiques de subvention des services de santé et la tarification de soins de santé ont créé un dysfonctionnement des établissements publics de soins avec un impact négatif sur la capacité des ménages à faire face aux fardeaux de la maladie.

Pour cerner le problème de financement de la santé, le Niger à travers le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS a élaboré ce présent document de stratégie de financement de la santé afin de pallier les insuffisances constatées. L'élaboration de la stratégie de financement a été faite en trois phases.

- ✓ Une phase de collecte des informations sur le terrain ;
- ✓ Une phase d'élaboration du premier draft ;
- ✓ Et une phase de validation du document en atelier national.

Le canevas d'élaboration a respecté l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

L'analyse de la situation fait ressortir que le secteur de la santé du Niger est financé par diverses sources : internes et externes, publiques et privées. Ce document est structuré comme suit :

### **1 Collecte des Fonds**

Les fonds pour la santé proviennent de deux sources : publique et privée (internes et externes)

#### **1.1 Financement Public**

Le secteur de la santé à l'instar de tous les autres, souffre de la faiblesse de mobilisation des ressources internes. Les crédits alloués au secteur sont insuffisants face aux besoins de plus en plus croissants. Les ressources allouées ont évolué en

dents de scie. Ainsi entre 2005 (26,84 milliards) et 2009 (70,7 milliards) on assiste à une augmentation du volume budgétaire accordé à la santé par l'Etat et une baisse à partir de 2010 (50,1 milliards). La part relative a baissé entre 2008 et 2010 en passant de 9,54% à 7,85%. L'augmentation demeure insuffisante car elle n'a porté le budget par habitant qu'à 3 824 FCFA soit environ 8 \$ US (1 \$ = 500 FCFA) largement inférieure à la norme OMS qui est de 44 \$ US ce qui classe le pays parmi ceux qui dépensent moins de 20\$ US par habitant et par an.

Le budget par tête d'habitant indiqué ci-haut (3 824 FCFA) montre que l'effort consenti est loin d'être à la hauteur des besoins de santé induits par la croissance rapide de la population (3,3%).

L'insuffisance de la dotation budgétaire à la santé est beaucoup plus prononcée si l'on considère les besoins financiers exprimés dans le CDSMT 2011-2015 qui estimait à 168,72 milliards de FCFA le financement public moyen annuel qui devrait être consacré à la santé afin d'atteindre les objectifs sectoriels. Ce qui représente en moyenne 22% du budget de l'Etat (à son niveau de 2009). Ceci démontre que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de l'appui nécessaire de la part de l'Etat. Ce qui a pour conséquence une insuffisance d'intrants pour la production et l'offre de soins de qualité peu accessibles.

Les collectivités locales interviennent au niveau de toutes les fonctions à travers des fiches d'opérations annuelles et autres opérations ponctuelles même si cette intervention demeure encore très marginale (0,24% en 2008 à 0,54% de la dépense totale de santé en 2009).

En ce concerne la CNSS, en 2009 sa contribution au financement de la santé était de 12%.

## **1.2 FINANCEMENT PRIVE**

### **a) Evolution du recouvrement de coût**

Le recouvrement a débuté avec 234 CSI en 1998 avec un montant recouvré de 841 038 000 F CFA ; en décembre 1999, 301 CSI pratiquaient le recouvrement de coût avec 1.423.069.000 F CFA de recettes. De 2000 à 2009, pour les structures non hospitalières, la moyenne en recettes est de 1,7 milliards de francs CFA. Actuellement,

toutes les formations sanitaires publiques périphériques et intermédiaires, pratiquent le recouvrement de coût. De 2010 à 2011, la recette annuelle est de 6,6 milliards en moyenne avec une légère baisse en 2011.

De façon générale, il ressort des différents rapports des comptes nationaux de la santé, que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé. En effet, leur contribution à la dépense nationale de santé depuis 2005 représente en moyenne 40%. Cette situation mérite une attention particulière de la part des autorités en charge de la santé, vu le niveau élevé de pauvreté de la population (59,5%).

Les Comptes Nationaux de la Santé exercice 2008-2009 ont estimé la contribution des employeurs privés et parapublics au financement de la santé à 7,53 milliards de FCFA en 2009 soit 11% des dépenses privées de santé.

## **b) Les ONGs Nationales**

Les ONG Nationales : leurs interventions financières dans la santé sont le plus souvent ponctuelles ; par contre certaines agissent en créant des structures d'appui à certaines populations vulnérables. En 2009 leur contribution aux dépenses de santé a été estimée à 0,35%.

## **c) Les Associations Confessionnelles et Caritatives**

### **1°) Les organisations confessionnelles**

Elles financent aussi des formations et plaidoyers en faveur de la lutte contre certaines maladies spécifiques telles que le VIH SIDA, la lèpre. Leurs actions sont principalement orientées vers les populations vulnérables vivant dans de mauvaises conditions, contribuant ainsi aux efforts pour atteindre l'objectif de l'accès universel en santé.

### **2°) Les organisations caritatives**

Ce sont des Associations Sociales à But non Lucratif (ASBL) dont le rôle est d'intervenir en faveur des populations vulnérables ou en situation d'urgence dans un but

humanitaire. Leur financement dans le domaine de la santé est considérable, mais l'enveloppe financière injectée n'est pas connue.

#### **d) Les particuliers**

Ils financent le plus souvent de manière ponctuelle des actions de santé telles que les constructions de formations sanitaires et leurs équipements, ou l'appui en médicaments.

## **2 Mise en Commun des Fonds**

### **2.1 Approche Sectorielle**

Après la révision de la politique de santé en 2002 et l'élaboration d'un document d'orientations stratégiques 2002-2011, un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 fut également élaboré et adopté. Cela a amené la gestion du secteur à un passage progressif de l'approche projets vers l'approche programme par la mise en place du Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du PDS. De deux partenaires à sa création (BM, AFD), le fonds commun compte en 2012 six (6) partenaires (Unicef, Espagne, BM, Gavi, AFD, FM ).

### **2.2 Mutuelles et Assurances**

Face aux difficultés d'accès financier aux soins, les populations ont commencé à s'organiser en mettant en place des mutuelles de santé.

Pour réglementer le système de mutualisation, un cadre législatif et réglementaire a été mis en place à travers la loi 2008-10 du 30 avril 2008, les dispositions du décret 62-127 révisé en 1996 pour aboutir au décret 96-456, la déclaration de politique sanitaire de Mai 2002, et la loi n°95-015 du 3 Juillet 1995 et son décret d'application n°96- 224 du 29 Juin 1996.

D'une manière générale la population Nigérienne est répartie en cinq grands groupes par rapport à la protection du risque maladie :

➤ Le premier groupe est composé des fonctionnaires, des militaires et les forces de sécurité.

➤ Le deuxième groupe est constitué de travailleurs salariés du secteur privé affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale. Ils bénéficient avec leurs familles des soins de santé auprès des services médico-sociaux de la caisse. Ici il faut noter que les services de la caisse disposent dans les régions des centres médico-sociaux où il est pratiqué des tarifs différentiels selon que le malade appartienne à un ménage affilié à la caisse ou non.

➤ Le troisième groupe est composé des travailleurs salariés du secteur parapublic où chaque entreprise dispose d'une forme d'assurance maladie interne. Généralement ces entreprises disposent aussi de leur propres formations sanitaires, les malades s'adressent d'abord à ces structures qui jugent de la prise en charge à leur niveau ou la référence avec un bon de prise en charge à présenter à la structure de référence.

➤ le quatrième groupe est formé de quelques assurés affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales. Ce groupe est composé uniquement de personnel de projets, les ambassades, de quelques entreprises et sociétés. Ce mécanisme fonctionne par un système de remboursement.

➤ Le cinquième groupe formé du monde rural et du secteur moderne informel dont on ignore à peu près tout de leur composition exacte et de leurs revenus. Ce groupe ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. La tendance dans ce groupe est que les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins dans un contexte de généralisation du recouvrement des coûts des soins de santé à option paiement direct par épisode.

### **2.3 Fonds Social de Santé**

Le Fonds social de santé serait une institution à caractère social qui aura pour mission d'assurer la prise en charge financière des soins destinés aux personnes démunies et vulnérables.

Le Fonds Social de Santé devra plus précisément :

- Assurer la prise en charge en tiers payant des soins et des évacuations sanitaires destinés aux personnes démunies ;
- Assurer la pérennité du Fonds Social de Santé par le renouvellement permanent des ressources nécessaires ;

- Assurer la sécurisation des ressources du fonds, afin qu'elles servent effectivement à la prise en charge des seules personnes démunies, auxquelles elles sont destinées ;

- Promouvoir l'équité en matière d'accès aux soins de santé des populations démunies et éventuellement de certains groupes vulnérables.

Le Fonds Social de Santé sera constitué des ressources provenant de :

- la société civile nigérienne (Contribution de Zakat, des institutions caritatives, des volontaires ....) ;

- les subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;

- les subventions de la communauté internationale.

### **3. AUTRES MECANISMES DE FINANCEMENT**

#### **3.1 Gratuité des Soins**

En 2005, dans le but de rehausser les indicateurs cités plus haut et de l'atteinte des OMD, la gratuité des soins centrée sur la prise en charge des enfants 0-5 ans, des femmes enceintes, césarienne et cancers gynécologique et la PF a été instaurée. A cet effet, plusieurs textes réglementaires ont été adoptés.

La stratégie de la gratuité des soins des populations vulnérables, démarrée depuis 2005 a eu comme effet la réduction sensible des taux de mortalité maternelle (554 pour 100 000 naissances vivantes) et infanto juvénile (130,5‰) et de l'amélioration de plusieurs autres indicateurs de santé.

#### **3.2 Financement basé sur la performance**

Suite à la réalisation d'une étude de faisabilité sur cette stratégie en mars 2012, il est prévu la création de sites pilotes pour sa mise en œuvre avant le passage à l'échelle. Mais il faut noter que d'autres formes d'incitation à la performance ont été expérimentées à travers les projets et programmes (GAVI, FM, Fondation Carter, Fondation Damien, ...).

En ce qui concerne l'affectation des Ressources et Achat des Services, il noter que l'utilisation des fonds mis en commun ou gérés individuellement par des programmes pour soutenir des prestations de services et soins de santé a permis de couvrir 51% de population nigérienne en terme d'accès physique aux services de santé. Des stratégies foraines et mobiles sont aussi organisées dans tous les districts sanitaires pour palier cette insuffisance. Malgré cet accès au demeurant insuffisant, l'utilisation des services offerts n'a permis d'atteindre une utilisation qu'à hauteur de 40%. Cette faible utilisation s'explique principalement par la faible qualité des soins et services offerts (40 % des bénéficiaires des services de santé ont porté un jugement négatif sur la qualité des services)<sup>1</sup> et les difficultés financières des populations.

Pour améliorer cette situation, le MSP, avec l'appui de ses partenaires, a mis en place des mécanismes d'appui à la santé.

#### 4. Difficultés majeures dans le financement du système de santé

Les difficultés majeurs dans le financement du système de santé se résument à :

- L'insuffisance des ressources budgétaires allouées à la santé par l'Etat ;
- L'insuffisance du financement octroyé par les collectivités à la santé ;
- La faible mobilisation des ressources internes et externes ;
- Le retard dans le décaissement des ressources financières ;
- Faible pouvoir d'achat des populations (59,5% vivent avec moins d'un dollar) ;
- Le taux d'analphabétisme très élevé au sein des populations ;
- Le retard dans le remboursement des factures de gratuité de soins ;
- La faible adhésion de la population aux mutuelles et aux assurances de santé
- La lenteur dans la mise en place d'un fonds social de santé ;
- Le faible développement des mutuelles de santé.

---

<sup>1</sup> Résultats enquête de satisfaction 2010 (Cabinet Bozari)

## **5. OBJECTIFS**

### **5.1 OBJECTIF GENERAL**

Développer des mécanismes de financement de la santé en vue d'atteindre une couverture universelle aux soins et services de santé.

### **5.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

Améliorer la mobilisation des ressources internes (domestiques) et externes;

Promouvoir le développement des mutuelles de santé ;

Promouvoir l'assurance maladie ;

Mettre en place un fonds Social de santé.

## **6. AXES STRATEGIQUES**

Axe stratégique 1: Amélioration de la mobilisation des ressources.

Axe stratégique 2 : couverture universelle en santé

Axe Stratégique 3 : utilisation de ressources mobilisées

## **SIGLES & ABREVIATIONS**

<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire
<b>CDSMT</b>	Cadre des Dépenses Sectorielles à Moyen Terme
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CPN</b>	Consultation Périnatale
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>FC</b>	Fonds Commun
<b>FCFA</b>	Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>FM</b>	Fonds Mondial
<b>FS</b>	Formation Sanitaire
<b>GAR</b>	Gestion Axée sur les Résultats
<b>GAVI</b>	Global Alliance of Vaccines and Immunization
<b>IB</b>	Initiative de Bamako
<b>MEG</b>	Médicament Essentiel Générique
<b>MICS 3</b>	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
<b>MSP</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>OMD</b>	Objectif du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OSC</b>	Organisations de la Société Civile
<b>PBF</b>	Financement Basé sur la Performance
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PPTE</b>	Pays Pauvres Très Endettés
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>QUIBB</b>	Questionnaire Unifié sur les Indicateurs de Base et de Bien être
<b>SDRP</b>	Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la pauvreté
<b>SSP</b>	Soins de Santé Primaires
<b>US \$</b>	Dollar des Etats Unis d'Amérique
<b>3N</b>	Programme intitulé « Les Nigériens Nourrissent les Nigériens »

# **INTRODUCTION**

Au cours de ces deux dernières décennies, le secteur sanitaire du Niger connaît une insuffisance de plus en plus croissante des ressources tant internes qu'externes. Ce sous financement des services de santé est devenu l'un des problèmes les plus préoccupants pour les gouvernants.

Le mode de financement du système de santé est un facteur crucial qui détermine l'état de santé et le bien-être de la population.

Au Niger comme dans bon nombre de pays pauvres, les dépenses sont encore trop faibles pour garantir un accès équitable aux services et aux interventions essentielles de santé. La réduction ou l'absence des ressources publiques de subvention des services de santé et la tarification de soins de santé ont créé un dysfonctionnement des établissements publics de soins avec un impact négatif sur la capacité des ménages à faire face aux fardeaux de la maladie.

Les contributions destinées à la santé en provenance des ressources internes sont insuffisantes pour permettre un accès aux soins de santé primaires et atteindre une couverture universelle de soins. A cela, s'ajoute l'inefficacité de la gestion et de l'utilisation rationnelle de ces ressources déjà limitées.

Pour cerner le problème de financement de la santé, le Niger à travers le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS a élaboré ce présent document de stratégie de financement de la santé afin de pallier les insuffisances constatées.

# 1. CONTEXTE/JUSTIFICATION

Dans les pays développés et dans plusieurs autres pays du monde, des réformes ont été entreprises pour mieux financer les soins de santé.

En Afrique, des années de l'indépendance aux années 80, les soins étaient gratuits. Avec la crise économique mondiale, les pays africains ont été confrontés à une paupérisation, à une augmentation de la charge de la morbidité, à l'insuffisance des ressources financières, à la faible croissance économique et à une gestion inadéquate du secteur public.

Face à cette situation ils ont entrepris dans les années 80 plusieurs réformes parmi lesquelles, le système de paiement direct de coûts. Ce dernier a été, eu égard au faible pouvoir d'achat des ménages, l'une des barrières majeures à l'accès aux services de santé. En 2010, selon le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde, 1,3 milliard<sup>2</sup> de pauvres dans le monde n'a aucun accès aux services de santé.

Le Niger à l'instar des autres pays d'Afrique, a souscrit aux stratégies proposées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la mise en place des Soins de Santé Primaires en 1978 (SSP) et bien plus tard à l'initiative de Bamako (IB) en 1989. En plus du recouvrement des coûts, il a initié l'installation des mutuelles de santé et la souscription volontaire à l'assurance maladie privée. Il a aussi dans cette même approche assuré à partir de 2005 la gratuité des soins aux couches les plus vulnérables notamment les enfants de 0 à 5 ans et aux femmes (césarienne, CPN, PF, cancers gynécologiques et des seins).

Malgré ces initiatives, on assiste aujourd'hui à une insuffisance de l'offre des services et soins occasionnée par la faiblesse du financement du secteur qui résultent de la diminution des revenus généraux de l'Etat, des collectivités et du faible revenu des ménages.

Dans le cadre de la promotion et de la protection de la santé essentielle au bien être humain et au développement économique et social durable ; la déclaration d'Alma ATA a indiqué que la santé pour tous contribuerait à une meilleure qualité de vie ainsi qu'à la paix et à la sécurité à l'échelle mondiale. Plusieurs pays considèrent le droit à la santé comme une préoccupation prioritaire.

---

<sup>2</sup> Rapport sur la santé dans le Monde – OMS ; 2010

Il existe de nombreuses façons de promouvoir et de soutenir la santé. Toutefois l'accès aux services de santé ne saurait être atteint sans un système de financement optimal.

L'OMS s'est engagée en 2005 à aider les pays à développer des systèmes de financement de la santé qui permettent à tout un chacun d'accéder aux services de santé sans être contraint au règlement préalable d'une contrepartie financière. **Cet objectif a été défini comme la couverture universelle de santé.** Mais, il nécessite beaucoup plus de stratégies pour les pays en développement du fait des difficultés qui entravent son atteinte.

Les politiques de financement doivent donc porter sur les mécanismes de mobilisation de ressources additionnelles en faveur de la santé.

Une bonne stratégie de financement du système de santé implique sans nul doute un développement sanitaire harmonieux. C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique avec l'appui de l'OMS s'est engagé à élaborer un document de stratégie de financement en vue d'aller vers la couverture universelle en santé. Cela permettra au secteur de :

- Obtenir des ressources suffisantes pour la santé ;
- Eliminer les risques financiers et les barrières d'accès aux services de santé ;
- Promouvoir l'efficacité et éliminer le gaspillage ;
- Eviter les inégalités dans la couverture de soins de santé.

## **2. METHODOLOGIE**

L'ensemble du processus d'élaboration de la stratégie nationale de financement a été mis en œuvre selon une approche participative. Le canevas d'élaboration a respecté l'approche de la Gestion Axée sur les Résultats (GAR).

Il a été conduit en quatre étapes :

- Une phase de collecte d'informations sur le terrain et de la revue de la littérature ;
- Une phase d'élaboration du premier draft du document ;
- Et une phase de validation du document en atelier national ;
- Introduction des observations issues de l'atelier de validation.

Toutes ses phases ont été faites de manière participative avec l'implication des différents acteurs et partenaires du secteur de la santé, y compris le secteur privé et la société civile.

Sur le plan organisationnel, le MSP a mis en place :

Un groupe restreint composé de cinq personnes pour collecter sur le terrain les informations nécessaires à la rédaction du premier draft.

Ce groupe est scindé en deux sous groupes dont un s'occupait de passer au niveau des directions centrales, projets et programmes pour collecter toutes informations concernant le financement de la santé et l'autre sur la recherche sur internet au niveau de site de l'OMS et Google pour télécharger ou imprimer toutes documentations nous permettant d'avancer dans ce cadre, y compris le guide pour l'élaboration d'une Stratégie Nationale du financement de la Santé.

Un groupe technique d'élaboration composé d'une douzaine des cadres chargés de la rédaction du document stratégique a été mis en place.

L'élaboration des orientations stratégiques (objectifs, résultats et stratégies) a été réalisée à travers : (i) une analyse de la situation réalisée, à partir de la lecture d'un ensemble d'environ 40 documents (stratégies et politiques nationales, rapport de suivi et évaluation, rapports de Comptes Nationaux de Santé et Revues de Dépenses Publiques ...), d'identifier les principaux problèmes de financement auxquels le secteur est confronté, (ii) une analyse causale des problèmes identifiés en utilisant « Arbre à problèmes », ce qui a permis de déterminer le problème central, (iii) l'élaboration des objectifs à travers l'arbre à objectifs, (iv) la définition et la description des principaux axes stratégiques, (v) l'élaboration de la chaîne de résultats, (vi) l'élaboration du cadre logique y compris la sélection des indicateurs et la fixation des cibles à atteindre. A la fin de la rédaction du premier draft, une étape de validation nationale a été effectuée et a regroupé toutes les structures centrales du MSP, les autres ministères connexes, les représentants des assureurs privés, de la CNSS, de la société civile et des PTF secteur santé.

La consolidation du premier draft a abouti à l'élaboration de la version finale qui a été transmise à la signature du Monsieur le Ministre de la santé Publique.

### **3. ANALYSE DE LA SITUATION**

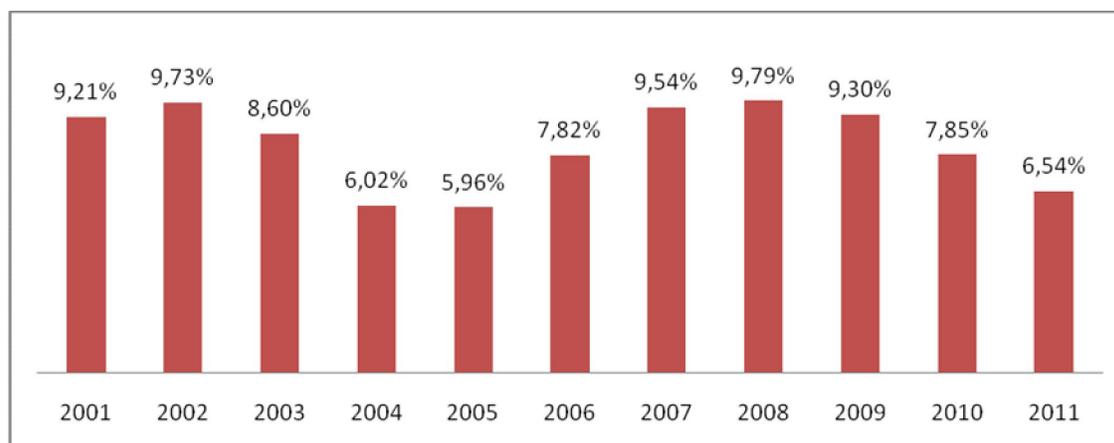
De l'indépendance à nos jours, les efforts fournis au Niger pour améliorer la santé visaient entre autres objectifs la mise en place d'un système sanitaire décentralisé. Cette option était au centre des premières expériences des soins de santé primaires durant les années 80s. Elle était également l'une des orientations dominantes des différents Plans de Développement Sanitaire depuis 1994 autour desquels a été organisée la mobilisation des ressources pour le développement du système de santé. Le secteur de la santé du Niger est financé par diverses sources : internes et externes, publiques et privées. La multiplicité des sources et la diversité des mécanismes d'allocation rendent assez complexe le schéma du financement de la santé.

#### **3.1 Collecte des Fonds**

Les fonds pour la santé proviennent de deux sources : publique et privée (internes et externes).

##### **3.1.1 Financement Public**

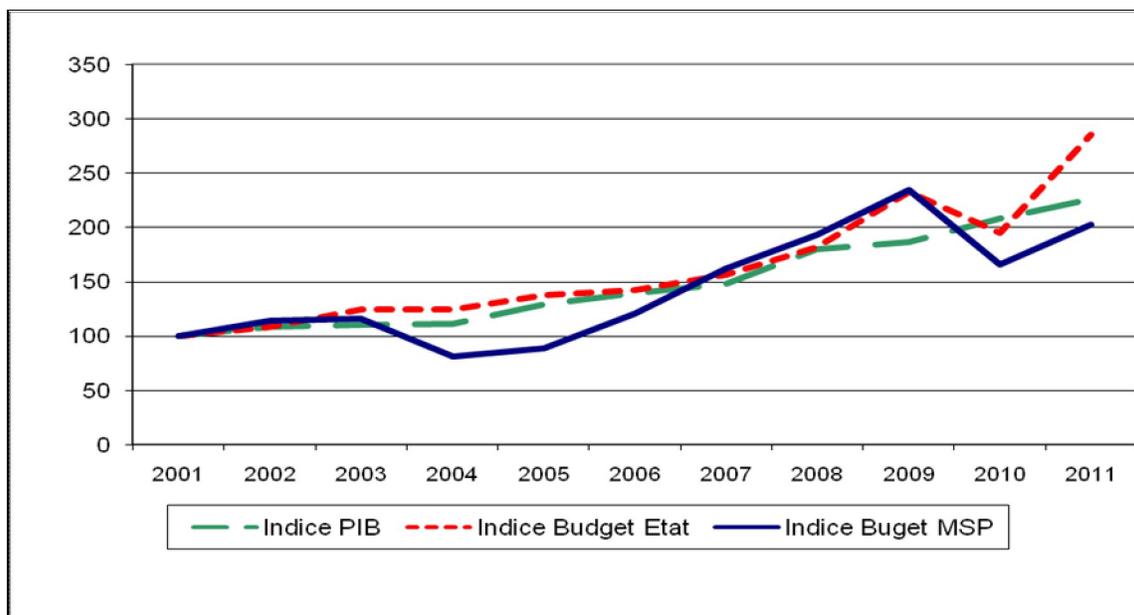
###### Budget du Ministère de la Santé Publique



Graphique n°1 : Evolution de la part du budget de l'Etat alloué à la santé (2001-2011)

Le secteur de la santé à l'instar de tous les autres du Niger souffre de la faiblesse de mobilisation des ressources internes. Les crédits alloués au secteur sont insuffisants face aux besoins de plus en plus croissants. Les ressources allouées ont évolué en dents de scie. Entre 2005 (26,84 milliards) et 2009 (70,7 milliards) on assiste à une augmentation du volume budgétaire accordé à la santé par l'Etat et une baisse à partir de 2010 (50,1 milliards).

La part relative a baissé entre 2008 et 2010 en passant de 9,54% à 7,85%. L'augmentation demeure insuffisante car elle n'a porté le budget par habitant qu'à 3 824 FCFA soit environ 8 \$ US (1 \$ = 500 FCFA) largement inférieure à la norme OMS qui est de 44 \$ US ce qui classe le pays parmi ceux qui dépensent moins de 20\$ US par habitant et par an.



Graphique n°2 : indices comparés du budget du Ministère de la Santé Publique, du budget de l'Etat et du PIB de 2001-2011.

En comparant l'indice budget santé, l'indice PIB et l'indice budget Etat de 2001 à 2011, on note que ces agrégats n'évoluent pas dans les mêmes proportions. Même si à partir de 2006 on assiste à une sensible amélioration des ressources budgétaires allouées à la santé, le secteur de la santé continue toujours de bénéficier de dotations budgétaires insuffisantes.

Le budget par tête d'habitant indiqué ci-haut (3 824 FCFA) montre que l'effort consenti est loin d'être à la hauteur des besoins de santé induits par la croissance rapide de la population (3,3%).

L'insuffisance de la dotation budgétaire à la santé est beaucoup plus prononcée si l'on considère les besoins financiers exprimés dans le CDSMT 2011-2015 qui estimait à 168,72 milliards de FCFA le financement public moyen annuel qui devrait être consacré à la santé afin d'atteindre les objectifs sectoriels. Ce qui représente en moyenne 22% du budget de l'Etat (à son niveau de 2009). Ceci démontre que le secteur de la santé ne bénéficie pas encore de l'appui nécessaire de la part de l'Etat. Ce qui a pour conséquence une insuffisance d'intrants pour la production et l'offre de soins de qualité peu accessibles.

Aussi, dans le cadre des réformes engagées par l'Etat en matière de financement de la santé, des fonds ont été mobilisés par l'Etat et ses partenaires pour financer un système de gratuité de soins et une approche de financement basé sur la performance est entrain d'être expérimentée.

### **3.1.2 Financement public à travers les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)**

En 2008, la répartition par source de financement montre que les allocations budgétaires à la santé dans la Loi des Finances proviennent pour l'essentiel des ressources propres de l'Etat (57%). L'Etat assure particulièrement le financement des dépenses de fonctionnement qui comportent des ressources PTFE (8,3% du total des dépenses de fonctionnement) soit 65%. Par contre, les investissements sont majoritairement financés par l'appui extérieur (66,89%). En outre, la part de l'Etat, même si elle est non négligeable (33,11%) montre que les possibilités de remplacement de l'aide extérieure sont limitées. Cette situation mérite une attention particulière du gouvernement afin de mettre en œuvre toutes les réformes visant à rehausser les ressources à allouer aux investissements dans le secteur.

Il faut noter que la santé bénéficie également de l'appui extérieur non inscrit au budget du secteur. Il s'agit des projets à gestion directe et du financement de certaines ONG. Cela porte la contribution des PTF de 33,47% en 2008 à 34,13% en 2009 des dépenses publiques totales du secteur. Les évaluations des PAA 2010 et 2011 font ressortir la contribution des PTF aux activités de santé à hauteur de 36,24% en 2010 et 46% en 2011.

### **3.1.3 Financement public à travers les Collectivités locales**

Les missions des collectivités locales ont trait essentiellement à la prévention sanitaire collective en termes d'hygiène et de salubrité publique. En outre, tout comme le MSP, les collectivités locales interviennent au niveau de toutes les fonctions à travers des fiches d'opérations annuelles et autres opérations ponctuelles même si cette intervention demeure encore très marginale (0,24% en 2008 à 0,54% de la dépense totale de santé en 2009).

La structure fonctionnelle des dépenses sanitaires des Collectivités Locales reflète qu'elles s'intéressent réellement à toutes les fonctions du système de santé. En effet, après l'hygiène du milieu qui a représenté 51% de leurs contributions au financement de la santé, suivent par ordre d'importance les soins curatifs ambulatoires (16%), les investissements (13%), les

services de prévention et de santé publique (12%), les soins curatifs hospitaliers (7%) et l'administration générale de la santé (1%).

Avec l'avènement de la décentralisation et eu égard au rôle que doivent jouer les collectivités locales (communes) dans le développement global local, il est urgent de renforcer la sensibilisation des élus locaux afin qu'ils s'impliquent davantage dans le financement de la santé.

### **3.1.4 Financement Public à travers la CNSS**

La caisse nationale de la sécurité sociale au delà du financement de la santé dans le cadre des accidents et des maladies professionnelles gère des centres socio sanitaires au nombre de sept (7). Ils fonctionnent comme des structures étatiques. En 2009 la contribution de la CNSS au financement de la santé était de 12%.

Après l'analyse des différentes contributions au financement de la santé par l'Etat, les collectivités, les PTF et la CNSS, il ressort les principales forces, faiblesses, menaces et les opportunités.

#### ***Forces***

- Existence d'un Plan de développement économique et social 2012-2015 ;
- Existence d'un Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 assorti de son CDMT et du Compact ;
- Instauration d'un processus de planification décentralisé ;
- Mise en œuvre de l'approche sectorielle ;
- Existence d'un cadre de concertation avec les PTF ;
- Existence d'un guide de suivi évaluation du PDS;
- Existence du programme « 3N » dans son volet nutrition ;
- Volonté politique affichée de l'Etat pour soutenir la politique de la santé dans la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement.

#### ***Faiblesses***

- Le retard dans le remboursement des factures de gratuité de soins;
- L'insuffisance du financement octroyé par les collectivités à la santé ;
- L'insuffisance des ressources budgétaires allouées à la santé par l'Etat ;
- La Faible mobilisation des ressources internes et externes ;
- Le retard dans le décaissement des ressources financières ;
- L'insuffisance de la collaboration intersectorielle ;
- Insuffisance dans la gestion rationnelle de ressources.

### ***Menaces/risques***

- Les aléas climatiques avec pour conséquence la survenue de crise alimentaire ;
- La survenue des épidémies ;
- L'instabilité politique ;
- La pauvreté de la population (Faible pouvoir d'achat);
- Le taux d'analphabétisme très élevé au sein des populations;
- Le retard de remboursement des frais liés à la gratuité des soins (rupture des MEG, réactifs et consommables, endentement excessif des FS).

### ***Opportunités***

- Volonté politique d'atteindre les OMD;
- Perspectives économiques favorables en lien avec les retombées de l'exploitation des ressources minières et les financements innovants ;
- Intérêt de plus en plus manifeste des partenaires techniques et financiers et de l'Etat au secteur ;
- Volonté de créer un fonds social de santé.

### **3.1.5 FINANCEMENT PRIVE**

Le financement privé englobe le paiement direct des ménages, les contributions des adhérents aux mutuelles de santé (communautaires, entreprises) et aux assurances maladie.

#### **3.1.5.1 Participation communautaire au Niger**

En accord avec les conclusions de la conférence d'Alma Ata tenue en 1978, le Niger a renforcé sa politique qu'il avait initiée en 1962 et qui s'apparentait dans ses grandes lignes à la philosophie des Soins de Santé Primaires (SSP). Les rapports de la population avec les services de santé, n'étaient perçus que sous le seul angle de demandeurs de soins et non comme des partenaires.

A partir des années 80, des nouvelles orientations politiques et sanitaires voient le jour. Leur incidence sur la configuration du champ de la santé est incontestable.

La conférence de Lusaka de 1985 a décrit le cadre organisationnel de la stratégie des SSP et celle d'Harare de 1987 a été le point de départ de la politique de décentralisation des systèmes sanitaires des pays d'Afrique en mettant l'accent sur le développement des districts sanitaires.

Le Comité régional de l'OMS a adopté en 1987 l'Initiative de Bamako. Elle était basée sur la politique du médicament générique censée assurer une plus grande accessibilité des populations aux soins, la décentralisation vers le district, la gestion communautaire de structures de base ; le soutien financier public et mesures spéciales pour les indigents.

Cette initiative est intervenue en plein contexte d'ajustement structurel marqué par l'incapacité de l'Etat à prendre efficacement en charge la santé des populations. Il a fallu donc trouver une alternative aux médicaments de spécialité jugés financièrement très coûteux pour l'écrasante majorité des populations. L'adhésion du Niger à l'Initiative de Bamako a ouvert la voie au recouvrement des coûts qui a démarré par les expériences pilotes avant d'être généralisé dans le reste du pays.

En souscrivant à la déclaration d'ALMA ATA sur la promotion des soins de santé primaire, le Niger a fait de la participation des populations un des fondements de sa politique de santé. La réglementation de la participation communautaire repose sur plusieurs textes notamment

la Loi n°95-014, du 3 juillet 1995 ; le Décret n°96-224/PCSN/MSP du 29 Juin 1996 et l'Arrêté n°71/MSP du 31 Mars 1999.

### ***Evolution du recouvrement de coût***

Le recouvrement a débuté avec 234 CSI en 1998 avec un montant recouvré de 841.038.000 F CFA ; en décembre 1999, 301 CSI pratiquaient le recouvrement de coût avec 1.423.069.000 F CFA de recettes. De 2000 à 2009, pour les structures non hospitalières, la moyenne en recettes est de 1,7 milliards de francs CFA. Actuellement, toutes les formations sanitaires publiques périphériques et intermédiaires, pratiquent le recouvrement de coût. De 2010 à 2011, la recette annuelle est de 6,6 milliards en moyenne avec une légère baisse en 2011.

De façon générale, il ressort des différents rapports des comptes nationaux de la santé, que les ménages constituent la première source de financement des dépenses de santé. En effet, leur contribution à la dépense nationale de santé depuis 2005 représente en moyenne 40%. Cette situation mérite une attention particulière de la part des autorités en charge de la santé, vu le niveau élevé de pauvreté de la population (59,5%).

Après quinze années de mise en œuvre, le recouvrement des coûts est confronté à plusieurs faiblesses parmi lesquelles on peut citer :

- La non adoption des textes réactualisés de 2006 sur le recouvrement de coût ;
- Le non respect des textes existants sur le recouvrement de coût ;
- Les ruptures fréquentes des stocks des médicaments et le non respect de la liste de médicaments autorisée par niveau ;
- Les lacunes dans la gestion liées à l'insuffisance de la formation, la supervision et le contrôle des agents impliqués dans le processus de sa mise en œuvre ;
- Le contrôle de la gestion des services de santé et du recouvrement des coûts qui n'est pas toujours assuré par les commissaires aux comptes ;
- L'insuffisance dans la fonctionnalité des structures de participation communautaire ;
- L'inexistence de textes régissant la collaboration ou le partenariat entre les formations sanitaires publiques et les formations sanitaires privées ;
- Les difficultés de recouvrement des frais médicaux au niveau des collectivités territoriales et de l'Etat.

### **3.1.5.2 Les Entreprises Privées et Para-publiques**

Dans le cadre de l'application de la loi du travail les entreprises prennent en charge la santé de leur personnel sous deux formes :

- Entreprises de moins de 50 agents n'ont pas obligation de créer des infirmeries mais plutôt la signature des conventions avec les structures de santé agréées ;
- Entreprises de plus de 50 agents ont obligation de créer des infirmeries et avoir des conventions de soins avec les hôpitaux.
- Les employeurs privés contribuent au financement de la santé à travers :
  - o des souscriptions des employés à l'assurance maladie ;
  - o des paiements directs auprès des prestataires de soins des tarifs au profit des employés ;
  - o des remboursements effectués aux employés ;
  - o des opérations d'investissement et de dons au profit du système de santé.

Les Comptes Nationaux de la Santé exercice 2008-2009 ont estimé la contribution des employeurs privés et parapublics au financement de la santé à 7,53 milliards de FCFA en 2009 soit 11% des dépenses privées de santé.

### **3.1.5.3 Les ONGs Nationales**

Les ONG Nationales : leurs interventions financières dans la santé sont le plus souvent ponctuelles ; par contre certaines agissent en créant des structures d'appui à certaines populations vulnérables. En 2009 leur contribution aux dépenses de santé est estimée à 0,35%.

### **3.1.5.4 Les Associations Professionnelles et Caritatives**

#### **3.1.5.4.1 Les organisations professionnelles**

Les organisations professionnelles sont un élément fondamental de la société civile qui assurent une part importante des soins au Niger en finançant et gérant des formations sanitaires à but non lucratif. Elles financent aussi des formations et plaidoyers en faveur de la lutte contre certaines maladies spécifiques telles que le VIH SIDA, la lèpre. Leurs actions sont principalement orientées vers les populations vulnérables vivant dans de mauvaises conditions, contribuant ainsi aux efforts pour atteindre l'objectif de l'accès universel en santé.

#### **3.1.5.4.2 Les organisations caritatives**

Ce sont des Associations Sociales à But non Lucratif (ASBL) dont le rôle est d'intervenir en faveur des populations vulnérables ou en situation d'urgence dans un but humanitaire. Certaines interviennent en appuyant directement des actions organisées par le Ministère de la santé. Elles sont représentées au Niger par la Croix Rouge Nigérienne, la Croix rouge Française, la Croix Rouge et le Croissant Rouge International, CADEV Niger, ...etc. Leur financement dans le domaine de la santé est considérable, mais l'enveloppe financière injectée n'est pas connue.

#### **3.1.5.4.3 Les particuliers**

Il s'agit de personnalités ou groupements d'intérêts, vivant au Niger ou appartenant à la diaspora. Ils financent le plus souvent de manière ponctuelle des actions de santé telles que les constructions de formations sanitaires et leurs équipements, ou l'appui en médicaments.

##### **Forces**

- Existence d'un cadre législatif et réglementaire sur le recouvrement des coûts ;
- Adhésion de la population au processus du recouvrement des coûts ;
- Appui des partenaires de proximité (intrants...) ;
- Existence de financement alternatif (ONG, mutuelles ; particuliers...) ;
- Disponibilité des ressources et services ;
- Capacités de levée rapide des fonds.

##### **Faiblesses**

- Faible prévisibilité du financement ;
- Insuffisance de collaboration ;
- Peu alignés aux objectifs nationaux ;
- Faible respect des engagements ;

##### **Opportunités**

- Développement des initiatives du genre diaspora solidaire ;
- Avènement du PBF ;
- Existence d'un volet financement social dans les structures privées ;
- Existence d'une stratégie nationale de contractualisation.

##### **Menaces**

- Insécurité en général ;
- Existence de marché illicite de médicaments ;
- Instabilité institutionnelle ;
- Crise financière.

## **3.2 Mise en Commun des Fonds**

### **3.2.1 Approche Sectorielle**

Après la révision de la politique de santé en 2002 et l'élaboration d'un document d'orientations stratégiques 2002-2011, un Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2005-2010 fut également élaboré et adopté. Cela a amené la gestion du secteur à un passage progressif de l'approche projets vers l'approche programme par la mise en place du Fonds Commun d'appui à la mise en œuvre du PDS. De deux partenaires à sa création (BM, AFD), le fonds commun compte en 2012 six (6) partenaires (Unicef, Espagne, BM, Gavi, AFD, FM).

La mission du Fonds Commun est de garantir une plus grande cohérence dans les interventions, une distribution équitable des ressources, une responsabilisation de l'administration nationale, une gestion basée sur les résultats et une utilisation de procédures nationales qui simplifie et clarifie la gestion de l'aide. Le tableau ci-dessous montre la mobilisation à travers le fonds commun de 2006 au 1<sup>er</sup> trimestre 2009.

**TABLEAU N°1** : Situation du rapport de suivi financier du Fonds commun au 30/06/2009 (En millions de FCFA)

<b>RUBRIQUES</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009(1 ER SEMETRE)</b>
SUBVENTIONS AFD	1027,61	1985,86	2997,21	158,37
SUBVENTIONS IDA	1541,42	1790,76	4000,45	0
AUTRES RESSOURCES	0,01	0,2	36,26	0
<b>TOTAL</b>	<b>2569,04</b>	<b>3776,82</b>	<b>7033,92</b>	<b>158,37</b>

SOURCE / RSF- MSP, JUILLET 2009 (Voir DEP)

### **3.2.2 Mutuelles et Assurances**

Face aux difficultés d'accès financier aux soins, les populations ont commencé à s'organiser en mettant en place des mutuelles de santé.

La mutualité est une forme d'association volontaire de personnes constituées pour se prémunir contre certains risques de la maladie. Les mutuelles communautaires résultent d'une forme de financement communautaire des soins de santé à travers le pré-paiement

dans un cadre de recouvrement des coûts. La mutualisation du risque maladie à travers les mutuelles de santé et autres types de système de prévoyance maladie connaît un développement très timide. Il existe environ une trentaine de mutuelles de santé. Les prestations couvertes sont généralement le curatif, les accouchements simples, les hospitalisations et les examens de laboratoire. Une étude réalisée en 2011, au niveau de 5 mutuelles communautaires a dénombré 514 adhérents pour 2010 dont 441 cotisants. Aucune de ces mutuelles n'est subventionnée.

Selon les CNS 2008-2009, le régime d'accès aux soins à travers les mutuelles de santé de type complémentaire des travailleurs de certaines entreprises et les mutuelles dites de premier franc en milieu urbain ou rural n'a représenté que 0,71% de la dépense nationale de santé en 2008 contre 0,64% en 2009.

Quant à l'assurance maladie privée, elle n'est pas suffisamment développée. Elle reste encore limitée à quelques individus aisés qui souscrivent pour eux-mêmes et les organismes bilatéraux et multilatéraux pour leur personnel. Le régime d'accès aux soins par les mécanismes d'assurance maladie privée s'est élevé à 1,45% en 2008 et 1,53% en 2009 de la dépense nationale de santé selon les CNS.

La volonté politique des autorités Nigériennes a été clairement formulée dans la stratégie de réduction de la pauvreté 2002- 2007 qui prévoit de développer une réflexion sur le financement alternatif de la santé notamment par le développement des mutuelles et des assurances et de renforcer le partenariat existant entre les populations, les collectivités territoriales locales, la société civile, le gouvernement et les partenaires au développement (SRP,2003, page 38). Le PDS 2011-2015 en fait d'ailleurs l'une de ses actions prioritaires à travers son axe 7 relatif au financement de la santé.

Pour régler le système de mutualisation, un cadre législatif et réglementaire a été mis en place à travers la loi 2008-10 du 30 avril 2008, les dispositions du décret 62-127 révisé en 1996 pour aboutir au décret 96-456, la déclaration de politique sanitaire de Mai 2002, et la loi n°95-015 du 3 Juillet 1995 et son décret d'application n°96- 224 du 29 Juin 1996.

D'une manière générale la population Nigérienne est répartie en cinq grands groupes par rapport à la protection du risque maladie :

- Le premier groupe est composé des fonctionnaires, des militaires et les forces de sécurité.
- Le deuxième groupe est constitué de travailleurs salariés du secteur privé affiliés à la caisse nationale de sécurité sociale. Ils bénéficient avec leurs familles des soins de santé auprès des services médico-sociaux de la caisse. Ici il faut noter que les services de la caisse disposent dans les régions des centres médico-sociaux où il est pratiqué des tarifs différentiels selon que le malade appartienne à un ménage affilié à la caisse ou non.
- Le troisième groupe est composé des travailleurs salariés du secteur parapublic où chaque entreprise dispose d'une forme d'assurance maladie interne. Généralement ces entreprises disposent aussi de leur propres formations sanitaires, les malades s'adressent d'abord à ces structures qui jugent de la prise en charge à leur niveau ou la référence avec un bon de prise en charge à présenter à la structure de référence.
- le quatrième groupe est formé de quelques assurés affiliés auprès des compagnies d'assurances commerciales. Ce groupe est composé uniquement de personnel de projets, les ambassades, de quelques entreprises et sociétés. Ce mécanisme fonctionne par un système de remboursement.
- Le cinquième groupe formé du monde rural et du secteur moderne informel dont on ignore à peu près tout de leur composition exacte et de leurs revenus. Ce groupe ne bénéficie d'aucune forme de protection maladie. La tendance dans ce groupe est que les individus et leurs familles reçoivent les soins de santé selon leurs moyens plutôt que selon leurs besoins dans un contexte de généralisation du recouvrement des coûts des soins de santé à option paiement direct par épisode.

### 3.2.3 **Fonds Social de Santé**

Dès les premières années de l'Indépendance du Niger, la prise en charge financière des soins, des hospitalisations et des évacuations sanitaires des personnes démunies a été réglementée par les décrets 62-127/MS et 64-004 MS du 28 Janvier 1964. En effet, le décret 62-127 prévoit une prise en charge des frais de santé à certaines populations dans les hôpitaux de la République du Niger. Par la suite, le décret 62-004 a pris des dispositions spécifiques concernant les indigents. Aux termes des dispositions de l'article 1er dudit décret, les Communes et les Collectivités Publiques sont tenues d'assurer la prise en charge des frais liés à l'hospitalisation et aux évacuations des personnes en état d'indigence.

Selon ce texte, les formations sanitaires publiques doivent traiter les personnes reconnues en état d'indigence par les communes et les collectivités publiques et demander le paiement des tarifs correspondants aux Institutions ayant délivré les certificats d'indigence correspondants.

Or, le manque de ressources financières (mobilisation) empêche les communes et autres collectivités publiques de s'acquitter de leurs obligations. Aucun versement n'étant effectué en paiement des soins dispensés, le fonctionnement de ce système est totalement entravé et les formations sanitaires sont dans l'incapacité d'assurer la poursuite de la prise en charge financière des personnes démunies.

Des initiatives ont cependant été prises pour pallier cette insuffisance telles que les centimes additionnels pour les évacuations sanitaires ; la majoration de la taxe d'arrondissement à Boboye et le fonds de solidarité à Mirriah.

Le Fonds social de santé serait une institution à caractère social qui aura pour mission d'assurer la prise en charge financière des soins destinés aux personnes démunies et vulnérables. Sa création s'inscrit dans la mouvance de la Loi 2002-013 sur la décentralisation qui confie aux communes la responsabilité de l'action sociale.

Il aura pour objectif d'accroître l'accès financier des personnes démunies aux services de santé.

Pour la mise en œuvre de ce fonds social, le Ministère de la Santé Publique a initié l'arrêté 00145/MSP/SG/DEP/DERP du 16- Avril 2012, portant création d'un Comité technique chargé de réfléchir sur la création d'un fonds social de santé au Niger.

Le Fonds Social de Santé devra plus précisément :

- Assurer la prise en charge en tiers payant des soins et des évacuations sanitaires destinés aux personnes démunies ;
- Assurer la pérennité du Fonds Social de Santé par le renouvellement permanent des ressources nécessaires ;
- Assurer la sécurisation des ressources du fonds, afin qu'elles servent effectivement à la prise en charge des seules personnes démunies, auxquelles elles sont destinées ;
- Promouvoir l'équité en matière d'accès aux soins de santé des populations démunies et éventuellement de certains groupes vulnérables.

Le Fonds Social de Santé sera constitué des ressources provenant de :

- la société civile nigérienne (contribution de « Zakat », des institutions caritatives, des volontaires ....) ;
- les subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- les subventions de la communauté internationale.

### **Forces**

- Disponibilité et accessibilité des ressources financières ;
- Existence d'un cadre législatif ;
- Encrage dans l'axe 7 du PDS 2011-2015 relatif au financement de la santé ;
- Existence d'une Politique Nationale de Protection Sociale ;
- Existence de l'AMO (Assurance Maladie Obligatoire – Etat) ;
- Existence de paiement alternatif de tiers payant (Gratuité, ONG ; Projets ; particuliers) ;
- Le fonds social constitue une des réformes importantes du PDS 2011-2015 ;
- Equité dans l'accès aux soins de qualité ;

### **Faiblesses**

- Insuffisance d'harmonisation des procédures de gestion ;
- Les Fonds mis en commun représentent une faible proportion du financement total du secteur ;
- Faible développement des mutuelles de santé :
  - Non adoption du plan stratégique pour le développement des mutuelles de santé ;
  - Faible implication des autorités coutumières, autorités décentralisées de l'Etat et OSC ;
  - Faiblesse de structures d'appui à la formation et l'information sur les mutuelles de santé ;
  - Faible mobilisation de cotisation au niveau des mutuelles ;
  - Faible plaidoyer des autorités en faveur des mutuelles ;
  - Faible développement des mutuelles en faveur du monde rural et du secteur informel.
- Insuffisance des mécanismes de gestion et de contrôle des mutuelles
- Faible adhésion de la population aux mutuelles de santé (moins 1%)
- Absence de subvention de l'Etat et de collectivités aux mutuelles de santé.
- Lenteur dans la mise en place d'un fonds social de santé.

### **Opportunités**

- Existence d'un projet filets sociaux de sécurité pour les pauvres ;
- Engagement de plus en plus marqué des partenaires techniques et financier et l'Etat pour l'accès universel aux soins de santé ;
- Existence d'un Compact pays ;
- Existence d'une Politique de Protection sociale ;
- Financements innovants (taxe sur l'alcool, le tabac, les loteries nationales, la téléphonie mobile etc.).

### **Menaces**

- Instabilité politique ;
- Faible niveau d'alphabétisation de la population ;
- Crise financière
- Pauvreté de la population

### **3.2.2.4 AUTRES MECANISMES DE FINANCEMENT**

#### **3.2.2. 4.1 Gratuité des Soins**

Au Niger l'introduction de la gratuité de certains soins de santé à une frange de la population est intervenue dans un contexte socio-économique très peu reluisant. En effet 63% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté avec moins d'un dollar par jour. Cette situation a affecté de façon significative l'état de santé de la population. Plus de 29% de la population selon l'enquête QUIBB ont déclaré n'avoir pas accès aux soins de santé du fait de leur niveau de pauvreté. Aussi, l'analyse de certains indicateurs de santé a révélé un fort taux de mortalité maternelle (648 pour 100 000 naissances vivantes); un taux de mortalité infanto juvénile de 198‰ en 2006 (MICS 3) et un faible taux d'utilisation des services de santé au curatif moins de 21%.

En 2005, dans le but de rehausser les indicateurs cités plus haut et de l'atteinte des OMD, la gratuité des soins centrée sur la prise en charge des enfants 0-5 ans, des femmes enceintes, césarienne et cancers gynécologique et la PF a été instaurée. A cet effet, plusieurs textes réglementaires ont été adoptés.

La stratégie de la gratuité des soins en faveur des groupes vulnérables, démarrée depuis 2005 a eu comme effet la réduction sensible des taux de mortalité maternelle (554 pour 100 000 naissances vivantes) et infanto juvénile (130,5‰) et de l'amélioration de plusieurs autres indicateurs de santé. Ainsi, de 2006 à 2010, un montant global de 19,2 milliards de F CFA a été alloué par l'Etat (84,26%) et l'AFD (15,74%) au titre de la gratuité des soins. De 2006 à 2009, un remboursement de 9,5 milliards a été effectué dont 7,1 milliards par l'Etat soit 75% et 2,4 milliards par l'AFD soit 25%. Il faut noter qu'en plus de ce remboursement en espèce, les structures des soins ont bénéficié de plusieurs donations en nature (Médicaments, Kits césariennes, kit CPN, contraceptifs ...) provenant des partenaires techniques et financiers, néanmoins de 2006 à 2011, les impayés d'environ 16 milliards restent encore à recouvrer.

Aujourd'hui cette stratégie est confrontée à des difficultés ayant des conséquences sur le système de santé. Elles sont entre autres : l'insuffisance de financement, le retard dans la transmission des pièces justificatives des formations sanitaires au Ministère de la Santé Publique et de celui-ci au ministère des Finances, à la tension permanente de trésorerie que connaissent les finances publiques du Niger depuis plus de 20 ans et au manque de suivi

des engagements dans le circuit de la dépense tant au ministère de la santé qu'au ministère des finances.

#### **3.2.2.4.2 Financement basé sur la performance**

Le PBF est un sigle anglais qui signifie Performance Based Financing; traduit en français FBP (Financement Basé sur la Performance). Dans le PBF on passe d'un financement de la santé de type intrants à un financement de type extrants basé sur les performances / les résultats. Le PBF est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité des soins de santé préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes, à travers « l'achat des soins et services ». L'achat des soins et services est effectué sur la base d'un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui vend (vendeur).

Les fonds dérivés de cet achat sont utilisés pour:

- Motiver le personnel de santé en payant des primes liées à leur performance,
- Renforcer la capacité des structures (formation et recrutement du personnel)
- Assurer le fonctionnement des structures de santé
- Financer n'importe quelle stratégie qui vise l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins pour la population.

En clair, le but est d'améliorer la qualité des soins et des services et de renforcer le système de santé.

Suite à la réalisation d'une étude de faisabilité sur cette stratégie en mars 2012, il est prévu la création de sites pilotes pour sa mise en œuvre avant le passage à l'échelle. Mais il faut noter que d'autres formes d'incitation à la performance ont été expérimentées à travers les projets et programmes (GAVI, FM, Fondation Carter, Fondation Damien, etc.).

Résultats attendus :

- a. Augmentation de la quantité et de la qualité des soins et services de santé et partant d'une accélération de l'atteinte des OMD (amélioration significative des indicateurs) pour le pays.
- b. Ces résultats seront atteints à travers l'achat des soins, sur la base d'un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui vend (vendeur), occasionnant l'octroi d'incitations aux prestataires, en fonction des résultats qu'ils atteignent.

- c. Ces résultats peuvent être mesurés dans les documents de prestations de la formation sanitaire, par l'Agence d'Achat des Performances (quantité)
- au niveau de la communauté, par les associations locales (quantité et qualité subjective)
  - à tous les niveaux, par des évaluateurs indépendants ou relevant des échelons supérieurs de la formation sanitaire (qualité).

c) Responsables de leur réalisation :

Sont responsables de la réalisation des résultats, tous ceux qui sont contractés pour leur obtention, notamment, les agents de santé et les autres prestataires (indépendants ou non, comme par exemple un relais communautaire), et dans une moindre mesure l'Agence d'Achat des Performances.

### **3.3. Affectation des Ressources et Achat des Services**

L'utilisation des fonds mis en commun ou gérés individuellement par des programmes pour soutenir des prestations de services et soins de santé a permis de couvrir 51% de population nigérienne en terme d'accès physique aux services de santé. Des stratégies foraines et mobiles sont aussi organisées dans tous les districts sanitaires pour palier cette insuffisance. Malgré cet accès au demeurant insuffisant, l'utilisation des services offerts n'a permis d'atteindre une utilisation qu'à hauteur de 40%. Cette faible utilisation s'explique principalement par la faible qualité des soins et services offerts (40 % des bénéficiaires des services de santé ont porté un jugement négatif sur la qualité des services)<sup>3</sup> et les difficultés financières des populations.

Pour améliorer cette situation, le MSP, avec l'appui de ses partenaires, a mis en place des mécanismes d'appui à la santé portant sur :

- ✓ Une affectation des fonds aux services prestataires et de gestion dans la vision d'un renforcement du système de santé. Selon les CNS 2008-2009, la part affectée aux prestataires de soins ambulatoires est estimée en 2009 à 35,17% celle des hôpitaux publics à 21,47% ; les officines ou fournisseurs des biens médicaux à 23,46% ; Officines privées à 8,90% et la médecine traditionnelle à (9%.

L'analyse fonctionnelle des dépenses de santé faite dans les CNS, montre que les services des soins curatifs ont représenté 39,60% ; les services de prévention et de santé publique (12,61%) ; les activités d'hygiène et de contrôle sanitaire (0,20%) ; les médicaments et biens médicaux achetés par les ménages directement auprès des officines (24,13%) ; la formation de capital des établissements prestataires de soins (11,84%) et l'administration générale de la santé et de l'assurance maladie à 9,17% en 2009.

- ✓ Une incitation de la demande de soins basée préférentiellement sur l'achat de prestations par les mutuelles de santé existantes (communautaires, d'entreprises, de certains services publics de l'Etat : Douane, HNN, ...etc) couvrant ainsi x% de la population ;
- ✓ Le remboursement de soins prestés aux souscripteurs d'assurances privées ;
- ✓ L'achat de prestations de soins curatifs et préventif pour les populations vulnérables. Sont identifiés comme personnes vulnérables, les femmes enceintes, enfants de 0-5 ans, les femmes en âge de procréation ayant besoin de Planification familiale, les femmes enceintes présentant des complications conduisant aux césariennes, les femmes ayant

---

<sup>3</sup> Résultats enquête de satisfaction 2010 (Cabinet Bozari)

besoin de prévention ou prise en charge des cancers féminins. Ces achats de services appelés gratuité des soins couvrent environ 2/3 des consultations dans les services publics de santé.

En dehors de ces catégories d'achat, le reste de la population utilise les services de santé sur base de paiement direct des soins, avec un risque élevé de dépenses catastrophiques de santé et un appauvrissement récurrent.

- ✓ En ce qui concerne les personnes démunies, les mécanismes d'achat de services sont limités à quelques prises en charge par les Communes (voir Fonds social de santé), la solidarité familiale, ou quelques approches de filets sociaux existants. La couverture sanitaire des personnes démunies<sup>4</sup> est encore très faible.
- ✓ Les initiatives d'incitation à la performance des soins et services de santé à travers des expériences de rémunérations pour l'amélioration de la qualité (GAVI) et le démarrage du PBF.
- ✓ La signature de contrats de services avec la société civile, notamment les ONG nationales ; cette approche développée dans l'approche de développement de la collaboration Public / Privé est très peu mise en valeur par les services de santé.

Au plan de la gouvernance de la santé, l'affectation des ressources cible la recherche de l'efficience à travers notamment :

- ✓ Le financement des interventions à haut impact dans les services prestataires et de gestion ; le PDS 2011-2015 est justement élaboré dans cette vision ;
- ✓ La recherche d'une gestion transparente et participative. A ce niveau, des stratégies sont développées, mais la mise en œuvre adéquate demeure de mise (Mécanismes de revues conjointes ; Management de qualité ; Audits qui concernent seulement les fonds des partenaires et de la gratuité des soins, ...etc)

**Forces :**

- Achat de services de base et services spécialisés au niveau du pays par les mutuelles ;
- Achat de soins curatifs et préventifs pour les populations vulnérables par le système de gratuité des soins ;

---

<sup>4</sup> 29,5% des populations n'ont pas accès aux soins du fait de leur état de pauvreté (Enquêt QIDD 2006)

- Existence de dispositifs de Renforcement du Système de Santé : Compact Niger avec surtout la mise en œuvre de revues conjointes pour l'évaluation et la planification participative et transparente ;
- Démarrage du processus d'instauration du Financement Basé sur la Performance avec une étude de faisabilité favorable et le ciblage d'un test pilote.

**Faiblesses :**

- Faible prévisibilité des financements de l'Etat et des partenaires ;
- Faible capacité financière des mutuelles de santé à prendre en charge un niveau élevé de soins ;
- Retard dans le remboursement des factures de la gratuité ;
- Insuffisance dans le mécanisme de gouvernance (redevabilité, Utilisation rationnelle des ressources, etc.)
- Part importante des paiements directs des soins de santé (ménages) ;
- Absence de dispositifs adéquats d'assistance aux personnes démunies ;
- Insuffisance de la qualité des soins et services offerts.

**Opportunités :**

- Approche sectorielle globale offre un cadre de dialogue sur les politiques et l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- Introduction du PBF ;
- Existence d'une stratégie nationale de contractualisation ;
- Engagement de l'Etat et des partenaires à soutenir les initiatives de Couverture Universelle en Santé (CUS) ;
- Existence d'un Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 ;
- Existence d'une politique Nationale de Protection Sociale ;

**Menace :**

- Faible culture de la prévoyance sanitaire au sein de la population
- Existence de marché illicite de médicaments.

### **3.4 Analyse des parties prenantes :**

Le ministère de la Santé publique demeure un des acteurs clé de la mise en œuvre de la couverture universelle en santé. Il est de ce fait directement concerné par cette question. En effet, l'aspect relatif à la disponibilité effective en services de santé de qualité lui incombe de fait. Du fait aussi que la protection contre les risques financiers a une influence directe sur la demande en soins et services de santé, démontre le rôle central que qu'il doit jouer dans le processus. Mais très souvent les ministères de la santé estiment qu'ils ne sont pas les principaux acteurs en matière de couverture sociale, ce qui fait que cette dimension est quelque fois léguée au second rang, jugeant qu'elle n'est pas au cœur de son métier.

Cette conception doit évoluer en vue d'amener le secteur de la santé à jouer pleinement son rôle en matière de couverture sociale en générale, et plus spécifiquement celle en santé. En prenant en compte la dimension large de la protection sociale en santé, à savoir la disponibilité effective des services de qualité, la protection contre les risques financiers et la diminution de l'exposition aux risques, il y a une nécessité de créer les conditions d'une bonne collaboration entre les différents acteurs impliqués.

Dans cette optique, le Ministère de la Santé publique aura en charge la disponibilité effective en services de santé de qualité. Pour bien accomplir cette fonction, il doit impliquer les prestataires du secteur privé et de la société civile.

Les institutions responsables telles que les agences ou caisses nationales d'assurance maladie prendront en charge les questions de protection contre les risques financiers tout en impliquant les principaux acteurs. Quant à la diminution de l'exposition aux risques, elle met en jeu plusieurs acteurs dont le ministère de la Santé publique, le ministère en charge de la protection social et les autres ministères et institutions concernés.

Pour chacune de ces dimensions, le ministère des Finances demeure un acteur clé du fait de son rôle capitale dans la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre des interventions. De même, les partenaires techniques et financiers seront sollicités soit dans le cadre de la fourniture de ressources financières complémentaires, soit des appuis techniques nécessaires à la mise en œuvre des interventions prévues.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle, il est indispensable de définir le rôle de chaque acteur et de mettre en place un cadre de concertation en vue d'une meilleure coordination des actions.

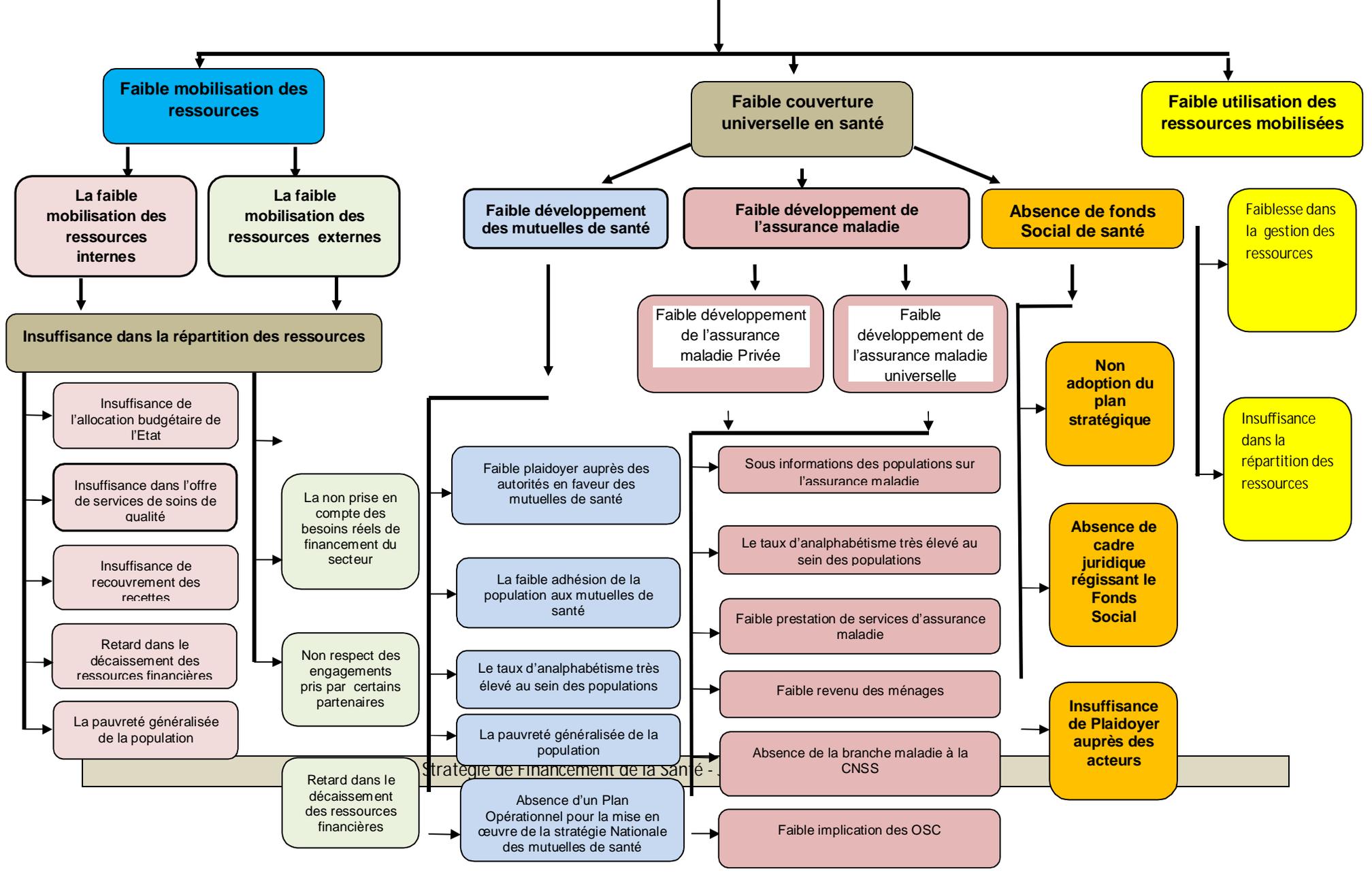
#### **4. Difficultés majeures dans le financement du système de santé**

Les difficultés majeures dans le financement du système de santé se résument à :

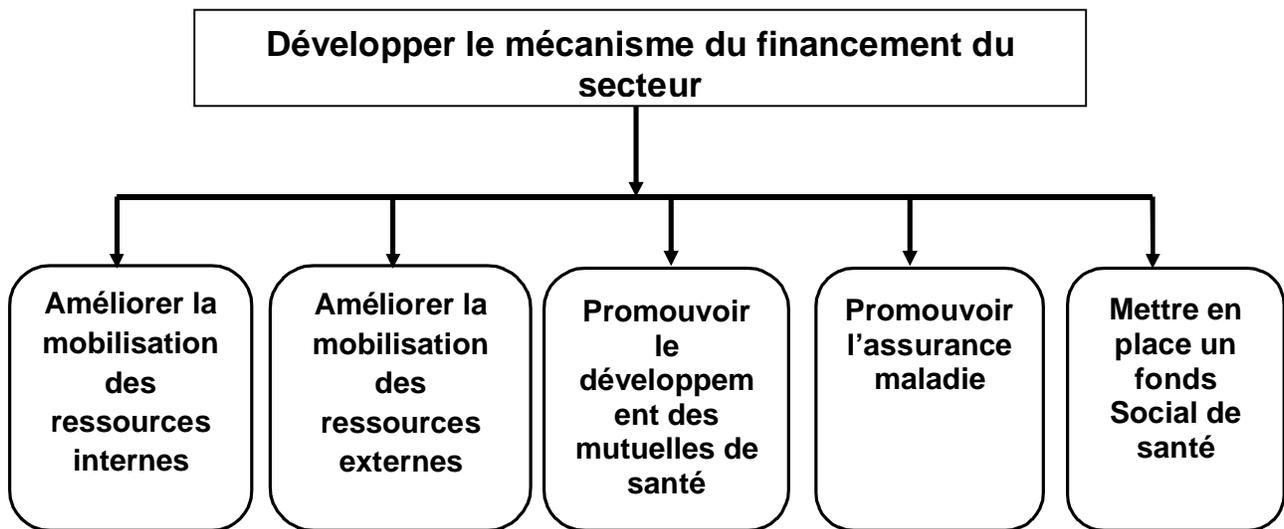
- L'insuffisance des ressources budgétaires allouées à la santé par l'Etat ;
- L'insuffisance du financement octroyé par les collectivités à la santé ;
- La faible mobilisation des ressources internes et externes ;
- Le retard dans le décaissement des ressources financières ;
- Faible pouvoir d'achat) ;
- Le taux d'analphabétisme très élevé au sein des populations ;
- Le retard dans le remboursement des factures de gratuité de soins ;
- La faible adhésion de la population aux mutuelles et aux assurances de santé
- La lenteur dans la mise en place d'un fonds social de santé ;
- Le faible développement des mutuelles de santé.

# Faiblesse du Financement du Secteur

**Arbre à problèmes**



## Arbre à objectifs



## **5. VISION**

A l'horizon 2020, faire du Niger une Nation où la population bénéficie de l'accès aux services et soins de qualité sans distinction sociale à travers une mobilisation, une gestion efficace et une utilisation rationnelle des ressources financières avec la pleine participation de la communauté.

## **6. OBJECTIFS**

### **6.1 OBJECTIF GENERAL**

Développer des mécanismes de financement de la santé en vue d'atteindre une couverture universelle aux soins et services de santé.

### **6.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

1. Améliorer la mobilisation des ressources internes (domestiques) et externes;
2. Promouvoir le développement des mutuelles de santé ;
3. Promouvoir l'assurance maladie ;
4. Mettre en place un fonds Social de santé.

## **7. AXES STRATEGIQUES**

### **7.1 Axe stratégique : Amélioration de la mobilisation des Ressources.**

Elle passera par :

- Amélioration de la mobilisation des ressources domestiques (internes).

La mobilisation conséquente des ressources internes, passera par le renforcement des actions de sensibilisation et de plaidoyer auprès des autorités de l'administration centrale et des collectivités locales. Cela revient d'une part à :

- Faire une évaluation des dépenses prioritaires en vue d'accélérer la libération et le décaissement des crédits ;
- Elaborer un CDSMT et un budget qui tiennent compte des besoins réels du secteur ;
- Développer des argumentaires pour les discussions budgétaires ;
- Créer un cadre de concertation MSP- Ministère des Finances ;
- Renforcer la vulgarisation des politiques de santé auprès des collectivités.
- Tenir des tables rondes de mobilisation des ressources ;
- Participer au processus de planification au niveau des collectivités.

Et d'autre part par le renforcement du système de recouvrement de créances à travers la réalisation des actions ci-après :

- Mettre en place une comptabilité hospitalière ;
- Tenir une comptabilité analytique au niveau des hôpitaux ;
- Améliorer le mécanisme de suivi du recouvrement des créances.

La mise en place des financements innovants en vue d'accroître la mobilisation des ressources internes en faveur de la santé passera par l'adoption de législations financières courageuses, en concertation avec les acteurs concernés.

L'amélioration des recettes des hôpitaux, centres spécialisés et maternités de références et des CSI se fera par la mise en œuvre des actions suivantes :

- Réviser les tarifications des actes dans les unités de soins ;
- Mettre en œuvre le financement basé sur la performance ;
- Augmenter la capacité de production des soins des structures;
- Réviser la tarification aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (CSI, HD, HNN) ;
- Mettre à niveau les structures sanitaires conformément au paquet minimum d'activités ;

- Développer d'autres approches communautaires pour améliorer la fréquentation et la gestion des centres de santé.
  - Amélioration de la mobilisation des ressources externes

L'intensification de la recherche de financement extérieur et le développement du partenariat public/privé se réaliseront à travers les actions ci-après:

- Mener une offensive diplomatique vers la Communauté Internationale pour la mobilisation des ressources ;
- Organiser des Tables rondes /Forums/Conférences pour la mobilisation des ressources ;
- Renforcer le cadre de concertation MSP /PTFs ;
- Amener les Partenaires Techniques et Financiers à respecter les engagements pris ;
- Encourager l'adhésion à l'approche sectorielle ;
- Accroître l'appui budgétaire ciblé pour le secteur santé ;
- Intensifier la mobilisation des fonds verticaux (FM ; GAVI, ....)
- Encourager le Jumelage des formations sanitaires avec celles d'ailleurs ;
- Elaborer des contrats de franchise en vue de la création des nouvelles formations sanitaires ;
- Encourager la Coopération décentralisée.

## **7.2 Axe Stratégique : couverture universelle en santé**

Elle se fera à travers le développement des mutuelles de santé, la promotion de l'assurance maladie, la mise en place d'un fonds social de santé et le tout appuyé par un financement innovent.

- Développement des mutuelles de santé

Le développement des mutuelles se fera en collaboration avec les secteurs concernés, les populations et les PTFs à travers les actions ci-après:

- Sensibiliser les populations sur l'importance des mutuelles de santé afin de susciter leur adhésion ;
- Faire le plaidoyer auprès des autorités en faveur de la création des mutuelles de santé et le transfert de la tutelle au MSP afin de mieux assurer la coordination et le suivi des actions ;
- Elaborer et adopter le plan opérationnel pour la mise en œuvre de la stratégie Nationale des mutuelles de santé ;
- Vulgariser le plan opérationnel pour la mise en œuvre de la stratégie Nationale des mutuelles de santé ;

- Créer et accompagner les nouvelles mutuelles de santé pour mieux couvrir la population dans le secteur formel et informel ;
- Elaborer et adopter les textes réglementaires sur les mutuelles de santé ;
- Vulgariser les textes réglementaires sur les mutuelles de santé
- Renforcer les capacités des acteurs intervenant dans le domaine des mutuelles de santé ;
- Apporter l'appui technique aux mutuelles.
- Créer un fonds de garantie pour subventionner les mutuelles de santé
  - Promotion de l'assurance maladie

L'option fondamentale sera l'instauration d'un système d'assurance maladie universelle et le renforcement de l'assurance maladie privée qui se fera à travers les actions ci-après :

- Plaider pour l'instauration de l'assurance maladie universelle au Niger ;
- Elaborer les textes législatifs et réglementaires sur l'assurance maladie universelle ;
- Créer le mécanisme de financement de l'assurance maladie universelle ;
- Sensibiliser la population sur l'assurance maladie ;
- sensibiliser la population sur l'adhésion à l'assurance maladie privée ;
- Elargir le panier de prestations de services couverts par l'assurance maladie ;
- Faire le plaidoyer auprès de la CNSS pour l'introduction de la branche maladie autre que professionnelle ;
- Impliquer les Organisations de la Société Civile (OSC) dans la mise en place et la gestion de l'assurance maladie.

➤ Mise en place d'un Fonds Social de Santé

La mise en place d'un fonds social de santé se fera à travers des actions ci-après:

- Actualiser et adopter le plan stratégique avec tous les acteurs ;
- Adopter un cadre juridique régissant le Fonds Social ;
- Intensifier le plaidoyer auprès des acteurs surtout les collectivités territoriales ;
- Identifier les sources de financement pour le fonds social ;
- Déterminer la capacité contributive de différentes sources ;
- Définir les critères et les cibles bénéficiaires du fonds social ;
- Mettre en place un système de suivi-évaluation et contrôle dans la gestion du Fonds.

### **7.3 Axe Stratégique : utilisation des ressources mobilisées**

**Elle se passera par :**

- Affectation de ressources collectées, mises en commun et achat des services

Il est admis que la protection contre les risques financiers n'est pas le seul élément de la protection sociale en santé. La problématique de l'accès effectif aux services de santé de qualité et leur utilisation demeure un point clé de la couverture universelle en santé. En effet, un individu qui n'a pas un accès aux services de santé de qualité, ne se considèrera pas comme bénéficiaire d'une protection sociale en santé. L'accès effectif aux services de santé se traduit par une disponibilité au sens de l'existence des structures de santé opérationnelles, facilement accessibles géographiquement et capables d'offrir des services de qualité. Toutefois, il faut noter que le service peut aussi exister mais ne pas être de qualité suffisante. Enfin, ce service peut être disponible mais l'individu n'y a pas accès pour d'autres raisons que géographiques ou financières, par exemple pour des raisons culturelles. Ainsi, selon le degré de cet accès effectif aux services de santé de qualité, l'individu se sentira plus ou moins protégé. Donc disposer d'un bon système de protection contre les risques financiers constitue indéniablement un élément important de la protection sociale en santé pour l'individu. Par ailleurs, la disponibilité effective en services de santé de qualité ne s'apprécie pas uniquement par l'existence de ces services. Il faut encore que ces services existent dans un environnement suffisamment proche des usagers. Il en va de même si le service existe physiquement mais est de très mauvaise qualité.

Au vu de tout ce qui précède, il y a lieu de noter que la prise en compte de la protection sociale en santé constitue un justificatif important pour le développement effectif des services de santé. Ainsi, collecter plus d'argent pour la santé dans les pays à faible revenu comme le Niger, est nécessaire pour atteindre l'objectif de la couverture universelle. Cependant il ne suffit pas d'augmenter les ressources de santé pour améliorer l'état de santé de la population, il est aussi et surtout fondamental d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'utilisation des ressources.

Cette fonction essentielle doit être jouée en premier lieu par les autorités nationales. En particulier, le ministère de la santé publique doit être un acteur clé notamment en matière de mobilisation des autres acteurs. Le Ministère des Finances, de par son rôle de mobilisation et d'arbitrage des ressources financières, joue un rôle capital dans la mise à disposition de

ressources nécessaires au secteur de la santé. Les autres ministères et institutions en charge de la protection contre les risques financiers ainsi que le secteur privé et associatif sont également partie prenante dans la mobilisation et la mise en commun de ressources en vue d'une offre de services de santé.

- **Plus d'argents pour une offre de services de santé de qualité**

La collecte de fonds supplémentaires pour améliorer l'offre de services de santé nécessite une la mise en place d'une stratégie permettant d'améliorer simultanément la disponibilité effective en services de santé de qualité. En effet, l'accroissement d'une demande solvable aura pour effet immédiat l'augmentation des ressources des prestataires de services de santé et une autre stratégie pour lever davantage de fonds qui seront alors directement alloués à l'offre de services de santé. Ainsi, l'État utilise une part de son budget pour financer le fonctionnement des services de santé à travers notamment le paiement des salaires des personnels, la prise en charge des coûts de fonctionnement des services et l'achat de médicaments. L'Etat a également en charge le financement des investissements pour la réalisation des infrastructures sanitaires dans le cadre de l'amélioration de l'offre des services. Pour y parvenir, il est indispensable d'augmenter la part des dépenses publiques en faveur de la santé tel que stipulé dans le cadre de certains engagements internationaux et régionaux comme la Déclaration d'Abuja de 2001. Cette augmentation de ressources pourrait se faire au travers des recettes fiscales traditionnelles et des financements innovants destinés à la santé. Ceci permettrait de réduire le sous investissement dans l'offre de services de santé publique (18 USD per capita selon les CNS 2008-2009), entrainant ainsi une insuffisance de la qualité des services.

Ainsi, la disponibilité des services de santé de qualité et répondant aux besoins de la population et accessibles à tous dépend largement du niveau de financement public de la santé.

- L'aide extérieure, même si elle représente encore un poids important dans le financement de la santé au Niger, doit venir en complément aux efforts internes du pays. La lettre et l'esprit de la déclaration de Paris et de l'agenda d'action d'Accra ne sont pas encore respectés et il y a trop de fragmentation et des activités non coordonnées en matière d'aide au développement. Le financement externe est souvent imprévisible et éphémère, ce qui montre la nécessité d'une meilleure coordination de l'aide dans le secteur de la santé en vue d'une plus grande prévisibilité et un meilleur alignement de celle-ci autour des priorités et mécanismes nationaux de gestion du développement.

- **Plus de santé pour son argent**

L'augmentation de l'offre des services de santé en réponse à la demande de plus en plus croissante des besoins en santé au Niger, nécessite des investissements plus conséquents en matière de santé. Toutefois, il faut aussi veiller à ce que cet argent une fois mobilisé, soit utilisé efficacement en vue de produire des services et soins de santé de qualité. Il s'agit en effet de montrer comment une meilleure utilisation des ressources financières permet de contribuer à l'amélioration de la couverture universelle en santé.

➤ **Implication du secteur privé et les organisations de la société civile**

La mise en œuvre de la couverture universelle en santé comme indiqué plus haut, ne peut être le fait du seul ministère de la santé. En plus des autres acteurs du secteur public, le secteur privé et les organisations de la société civile demeurent des acteurs importants dans cette mise en œuvre. Il s'agit de voir comment mieux impliquer ces deux acteurs dans le système de santé de sorte à les amener à fournir des services qui correspondent aux priorités définies dans la politique nationale de santé du pays.

La première étape dans l'implication du secteur privé et des organisations de la société civile est d'en identifier les acteurs. La diversification des acteurs privés et de la société civile du domaine de la santé implique de mieux comprendre leurs rôles, et comprendre leurs différences. En effet, un centre de santé administré par une association religieuse dans un lieu rural, un vendeur de médicaments sur le marché, ou une clinique urbaine de haute qualité, ne posent pas les mêmes questions aux décideurs politiques. Il reviendra au Ministère de la Santé de définir les formes du secteur privé et de la société civile sur lesquelles il compte s'appuyer.

L'implication du secteur privé et de la société civile dans la mise en œuvre de la couverture universelle en santé peut se faire à plusieurs niveaux:

- Les associer dans les processus de définition des politiques et stratégies en matière de santé ;
- Reconnaître leurs apports au développement de la santé à travers notamment le système d'octroi de label ou de l'habilitation ;
- L'implication du secteur privé et de la société civile passe également par la contractualisation à travers :
  - o La recherche de leurs contributions à la mission de service public par le biais des contrats : le Ministère de la Santé peut amener les formations sanitaires privées déjà existantes et les organisations de la société civile à mieux inscrire leurs actions dans le cadre de la politique nationale de santé. Il ne s'agit pas d'imposer mais plutôt par un partage d'intérêts à amener à respecter les grandes orientations du système de santé;
  - o La délégation de services. Le Ministère de la Santé n'a pas nécessairement pour vocation de gérer les formations sanitaires de propriété publique. Il peut alors en confier, par contrat, la gestion à des acteurs privés de son choix.

En définitive, l'intégration du secteur privé et des organisations de la société civile implique le renforcement dans sa régulation et son ouverture vers les autres acteurs. Celle-ci sera assurée par la politique nationale de santé qui aura d'autant plus de chances d'être respectée que le secteur privé et les organisations de la société civile auraient été associés à son élaboration. Cette régulation peut aussi être assurée par une politique nationale de contractualisation qui définit les relations du secteur privé et de la société civile avec le Ministère de la Santé dans un cadre de partenariat public-privé.

➤ **Éviter le gaspillage des ressources**

Dans le contexte de la rareté des ressources, il est important aux gestionnaires du secteur de la santé d'adopter des mesures d'utilisation judicieuse des ressources mobilisées au profit de la santé. La gestion peu efficace de ressources est malheureusement constatée à tous les niveaux du système de santé, ce qui se traduit par les résultats faibles, voire médiocres enregistrés au niveau des formations sanitaires publiques. Pour éviter le gaspillage des ressources et améliorer ainsi les résultats en santé, il faut agir sur toutes les composantes des différentes ressources servant d'intrants à la production des services et soins de santé.

Ainsi, concernant les médicaments et les produits médicaux, il est nécessaire de promouvoir les bonnes pratiques permettant leur usage rationnel. Il faut donc éviter l'usage irrationnel du médicament est son utilisation incorrecte et inappropriée. Une étude récente a montré que plus de 50% des médicaments ne sont pas prescrits, délivrés ou vendus comme il convient et la moitié des patients ne prennent pas correctement leurs médicaments. Cette mauvaise utilisation a des conséquences importantes non seulement pour les patients mais également sur la performance des systèmes de santé. Il est en effet démontré que lorsque certains médicaments ne sont pas utilisés correctement, ils entraînent des réactions nocives ou des réactions allergiques pouvant accroître la morbidité et les souffrances des patients. En outre, la mauvaise utilisation des médicaments entraîne une résistance aux antimicrobiens et rendent beaucoup de ces produits moins efficaces contre certaines maladies infectieuses. Face à ces différents constats, il serait nécessaire de promouvoir les bonnes pratiques en matière de production, approvisionnement et prescription des médicaments à tous les niveaux du système de santé dans le cadre de la pérennisation du système de la couverture universelle en santé.

Concernant les ressources humaines qui sont un maillon essentiel du système de santé, leur gestion rationnelle demeure la clé de toute performance du secteur.

En effet, un personnel soignant mal formé, pas assez nombreux dans certaines zones géographiques ou démotivés est un obstacle à la consolidation des systèmes de santé. Une offre de services qui n'est pas correctement répartie sur le territoire nationale est une source d'inefficience. De même une rémunération adéquate aura un impact sur la productivité et les performances du personnel de santé.

Afin de d'améliorer la performance des ressources humaines, une évaluation basée sur les besoins des personnels, la mise en place de politiques de rémunération, l'établissement de contrats souples avec un paiement en fonction du rendement, ou l'adaptation des techniques aux besoins peuvent être des solutions à l'inefficience comme le prévoit le Plan décennal de développement des ressources humaines 2011-2020 du ministère de la santé.

Quant à l'organisation des services de santé, elle constitue une source importante d'efficacité. La population doit comprendre comment est organisé le système de santé: quel est le rôle de l'administration sanitaire et comment est construite la pyramide sanitaire?

Pour que l'administration sanitaire soit au service des populations elle doit être de qualité, responsable et agir dans la transparence et le respect des lois. Elle gère les ressources de manière à promouvoir les meilleures prestations de soins de santé, tout en respectant les objectifs nationaux en matière de développement sanitaire.

## **8. Chaîne des résultats et Cadre Logique**

### **8.1 Chaîne des résultats**

La chaîne des résultats constitue un ensemble de résultats obtenus dans le temps et liés les uns aux autres dans une relation de cause à effet. Elle est composée de trois types de résultats : résultat immédiat (extrants ou produits), résultat à moyen terme (effet) et résultat à long terme (impact). Ces résultats peuvent être classés en deux grandes catégories : les résultats opérationnels (produits) et les résultats de développement (effets et impacts). Pour le présent document cette chaîne comprend un impact, trois effets et cinq produits.

<b>PRODUITS</b>	<b>EFFETS</b>	<b>IMPACTS</b>
Mobilisation des ressources internes améliorée	Performance du système de santé à tous les niveaux est améliorée	Etat de santé de la population amélioré
Mobilisation des ressources externes améliorée		
efficacité et efficience dans l'utilisation des ressources améliorée	Performance de la gestion du système à tous les niveaux accrue	
Mutuelles de santé développées	Equité dans l'accès et l'utilisation des soins et services assurée	
Assurance maladie promue	Accessibilité financière des populations aux soins et services de santé accrue	
Fonds Social de santé mis en place		

### **8.2 Cadre logique axé sur les résultats**

Le cadre logique est un outil utilisé tout au long du projet. C'est une matrice en cinq colonnes qui sert à définir et situer le projet. Les premières lignes décrivent les objectifs (global et spécifiques). La première colonne concerne la hiérarchie des résultats (impact, effets et

produits). La deuxième est relative aux indicateurs de performance ; la troisième constitue les sources et moyens de vérification et la dernière se rapporte aux risques.

**Objectif Global: Développer les mécanismes du financement du secteur en vue de l'atteinte d'une couverture universelle aux soins et services de santé**

**OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Améliorer la mobilisation des ressources internes
- Améliorer la mobilisation des ressources externes
- Promouvoir le développement des mutuelles de santé
- Promouvoir l'assurance maladie
- Mettre en place un fonds Social de santé

<b>HIERARCHIE DES RESULTATS</b>	<b>INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>	<b>SOURCES DE VERIFICATION</b>	<b>RISQUES</b>
<b>IMPACT</b>			
Etat de santé de la population amélioré	Taux de mortalité	Enquêtes ; annuaire des statistiques sanitaires (MSP ; INS)	
<b>EFFETS</b>			
Performance du système de santé à tous les niveaux est améliorée	Dépenses de santé total en % PIB	Evaluation ; Audit (DEP ; SNIS , rapport mondial OMS	Crise économique mondiale ; Instabilité politique, Insécurité Non respect des engagements
	Dépenses de santé totales par habitant		
	Dépenses de santé publiques générales en % des dépenses publiques totales		
	Taux d'utilisation de soins curatif		

<b>HIERARCHIE DES RESULTATS</b>	<b>INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>	<b>SOURCES DE VERIFICATION</b>	<b>RISQUES</b>
Equité dans l'utilisation des soins et services assurée	Proportion des personnes démunies ayant bénéficié des soins et services de santé	Enquêtes (MSP ; INS)	Résistance de la population aux changements
	Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales de santé		
<b>Accessibilité financière des populations aux soins et services de santé accrue</b>	Pourcentage de la population qui subit les dépenses catastrophiques	Enquêtes (MSP, INS)	
	Pourcentage de la population qui devient pauvre suite aux paiements directs de soins de santé		
<b>PRODUITS</b>			
Mobilisation des ressources internes améliorée	Proportion du budget de l'Etat alloué à la santé	MF ; DEP ; DRFM ; Hôpitaux ; EPA/EPIC ; SNIS	
	Le taux de recouvrement des coûts		
	Proportion du budget des Collectivités territoriales alloué à la santé		
	Le taux de mobilisation des fonds propres		
	Le taux de mobilisation des créances auprès de l'Etat et d'autres usagers de services de santé		
	Le taux de recouvrement de la subvention auprès de l'Etat		
	Taux de mobilisation des crédits délégués		
Mobilisation des ressources externes améliorée	Part du financement extérieur dans les dépenses de santé publique	MF ; DRFM ; DEP	

<b><i>HIERARCHIE DES RESULTATS</i></b>	<b><i>INDICATEURS DE PERFORMANCE</i></b>	<b><i>SOURCES DE VERIFICATION</i></b>	<b><i>RISQUES</i></b>
Mutuelles de santé développées	Proportion de la population ayant accès à une mutuelle de santé	Enquêtes (MSP, INS)	
	Proportion de la population ayant adhéré aux mutuelles de santé,		
Assurance maladie promue	Taux de couverture en assurance maladie universelle	Enquêtes (MSP, INS)	
	Proportion de la population ayant adhéré à l'assurance maladie privée		
Fonds Social de santé mis en place	Proportion des démunis pris en charge par le fonds social	Rapports spécifiques	

### 8.3 Produits et Actions attendus

PRODUITS	Actions
Mobilisation des ressources internes améliorée	Sécuriser davantage les lignes budgétaires destinées à la santé
	Intensifier le plaidoyer pour accélérer la libération et le décaissement des crédits
	Amener les Collectivités territoriales à s'impliquer davantage dans les actions de la santé
	Elaborer un CDSMT et un budget qui tiennent compte des besoins réels du secteur ;
	Développer des argumentaires pour les discussions budgétaires
	Mettre en place une comptabilité hospitalière
	Mettre en place une comptabilité analytique au niveau des hôpitaux
	Améliorer le mécanisme de suivi du recouvrement
	Réviser les tarifications des actes dans les unités de soins
	Créer des nouvelles unités de soins et services spécialisés
	Réviser la tarification au niveau des CSI et augmenter le paquet minimum
	Développer d'autres approches communautaires pour améliorer la fréquentation et la gestion des centres de santé
	Instaurer le mécanisme de financement basé sur la performance
Mobilisation des ressources externes améliorée	Mener une offensive diplomatique vers la Communauté Internationale pour la mobilisation des ressources
	Organiser des Tables rondes /Forums/Conférences pour la mobilisation des ressources
	Renforcer le cadre de concertation MSP /PTFs
	Amener les Partenaires Techniques et Financiers à respecter les engagements pris
	Intensifier la mobilisation des Fonds verticaux (Gavi, FM etc...)
	Inciter l'appui budgétaire ciblé pour le secteur santé
	Encourager le Jumelage des formations sanitaires avec celles d'ailleurs
	Elaborer des contrats de franchise en vue de la création des nouvelles formations sanitaires

	Encourager la Coopération décentralisée
Mutuelles de santé développées	Faire le plaidoyer auprès des autorités en faveur de la création des mutuelles de santé
	Susciter l'adhésion de la population aux mutuelles de santé
	Elaborer un Plan Opérationnel pour la mise en œuvre de la stratégie Nationale des mutuelles de santé
	Former les acteurs intervenant dans le développement des mutuelles de santé
	Elaborer et adopter les réglementaires des mutuelles de santé
	Apporter l'appui technique et l'encadrement aux mutuelles de santé
Assurance maladie promue	Faire un plaidoyer pour l'instauration de l'assurance maladie universelle au Niger
	Informers les populations sur l'assurance maladie
	Susciter l'adhésion de la population à l'assurance maladie Privée
	Créer le mécanisme de financement de l'assurance maladie universelle
	Elargir le panier de prestations de services couverts par l'assurance maladie
	Faire le plaidoyer auprès de la CNSS pour l'introduction de la branche maladie autre que professionnelle
	Impliquer les OSC dans la mise en place et la gestion de l'assurance maladie
Fonds Social de santé mis en place	Actualiser et adopter le plan stratégique de mise en place du fonds social
	Elaborer et adopter le cadre juridique régissant le Fonds Social
	Intensifier le plaidoyer auprès des acteurs
	Identifiez les sources de financement pour le fonds social
	Définir les critères et les cibles bénéficiaires du fonds social
	Mettre en place un système de suivi-évaluation et de contrôle dans la gestion du Fonds

#### **8.4 Conditions de réussite**

Les conditions de réussite de cette stratégie dépendront en grande partie de :

- la stabilité politique et institutionnelle ;
- la sécurité ;
- le respect des engagements nationaux et internationaux pris dans le domaine de la santé ;
- l'adhésion de la population aux changements ;
- la Collaboration intersectorielle ;
- l'amélioration des revenus des populations

## **9. Le suivi-évaluation de la stratégie de financement**

### ***9.1 Système de suivi et évaluation***

Le système de suivi-évaluation de la stratégie de financement se fera à travers :

- Le suivi périodique ;
- L'évaluation à mi parcours (interne et externe)
- L'évaluation finale.

Le suivi-évaluation sera basé sur une liste d'indicateurs qui seront renseignés à travers les rapports spécifiques et les enquêtes (Ministère des Finances, Institut National de Statistiques, des structures de santé, des assurances privées, des mutuelles de santé et des structures privées de santé). Au niveau du secteur de la santé l'essentiel des informations seront disponibles dans les Comptes Nationaux de la Santé, les Revues des Dépenses Publiques, les évaluations et les annuaires des statistiques sanitaires.

Le comité de pilotage du PDS sera l'instance suprême de décision du processus de suivi évaluation de la stratégie. Il sera chargé de valider les différents rapports de suivi et d'évaluation, et d'orienter les décisions dans le processus de mise en œuvre. Les rapports de suivi évaluation feront le point des progrès réalisés sur la base d'indicateurs retenus, d'informer sur les difficultés et contraintes réalisés et de faire des recommandations en vue d'améliorer la performance.

Ces rapports feront l'objet d'une large diffusion afin de permettre aux décideurs de prendre des décisions conséquentes et aux acteurs de mise en œuvre de tenir compte des recommandations pour améliorer la performance. Le comité de pilotage se réunit une fois par an.

Le processus de l'évaluation à mi-parcours démarrera en 2015 et celui de l'évaluation finale commencera en fin 2020.

La coordination du processus du suivi-évaluation de la stratégie de financement sera assurée par le Direction des Etudes et de la Programmation du MSP.

## 9.2 Indicateurs de suivi

### Tableau de bord des Indicateurs

<b>INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>	<b>Niveau de base 2011</b>	<b>Niveau attendu 2015</b>	<b>Niveau attendu 2020</b>
Taux de mortalité Générale	11,6%0	<11%0	<10%0
Proportion des personnes vulnérables ayant bénéficié des soins et services de santé	ND	100%	100%
Dépenses de santé totales par habitant	ND		
Dépenses de santé publiques générales en % des dépenses publiques totales	ND		
Taux d'utilisation de soins curatif	51,31	70	90
Proportion des personnes démunies ayant bénéficié des soins et services de santé	ND		
Dépenses directes des ménages en % des dépenses totales de santé	ND		
Pourcentage de la population qui devient pauvre suite aux paiements directs de soins de santé	ND		
Proportion de la population ayant bénéficié d'une protection médicale	ND	50%	80%
Proportion de la population ayant souscrit à une protection médicale	ND		
Proportion du budget de l'Etat alloué à la santé	6,2%	9%	15%
Le taux de recouvrement de coûts	ND	100%	100%
Proportion du budget des Collectivités territoriales alloué à la santé	ND	8%	12%
Le taux de mobilisation des fonds propres (hôpitaux)	ND	60%	80%
Le taux de mobilisation des créances auprès de l'Etat et d'autres usagers de services de santé	ND	100%	100%
Le taux de recouvrement de la subvention auprès de l'Etat	100%	100%	100%
Taux de mobilisation des crédits délégués	75%	85%	100%
Part du financement extérieur dans les dépenses de santé publique	36%	30%	25%

<b>INDICATEURS DE PERFORMANCE</b>	<b>Niveau de base 2011</b>	<b>Niveau attendu 2015</b>	<b>Niveau attendu 2020</b>
Proportion de la population ayant accès à une mutuelle de santé	ND	30%	70%
Proportion de la population ayant adhéré aux mutuelles de santé,	ND	50%	75%
Taux de couverture en assurance maladie universelle	ND	50%	100%
Proportion de la population ayant adhéré à l'assurance maladie privée	ND	15%	20%
Proportion des démunis pris en charge par le fonds social	ND	100%	100%

## **Conclusion**

Des indépendances à nos jours plusieurs mécanismes de financement ont été développés au Niger pour permettre un meilleur accès des populations aux soins et services de santé. Des années 1960 à 1995 le financement était essentiellement assuré par l'Etat avec l'appui des partenaires techniques et financiers, la participation des communautés n'étant pas organisée.

Après 1995, en plus des efforts de l'Etat et des PTFs, le financement est soutenu par la contribution des ménages à travers le recouvrement de coût, et des collectivités à travers les fiches d'opération et de quelques interventions ponctuelles.

Malgré tout cela le financement reste insuffisant par rapport aux besoins de santé de la population influencés par une démographie galopante et l'émergence des nouvelles maladies. Par ailleurs les ménages malgré leur état de pauvreté 59,1% demeurent la principale source de financement de la santé (44%).

A l'insuffisance de financement, s'ajoute l'inégale répartition des ressources et leur gestion peu efficace et non axée sur les résultats.

Pour répondre à ces insuffisances le Niger à travers le MSP avec l'appui de l'OMS a élaboré la présente Stratégie qui vise à Développer des mécanismes de financement de la santé en vue d'atteindre une couverture universelle aux soins et services de santé.

- La mise en œuvre de cette stratégie se fera à travers ;
- L'amélioration de la mobilisation des ressources internes et externes ;
- Le développement des mutuelles de santé ;
- La promotion de l'assurance maladie ;
- La mise en place d'un fonds Social de santé.

La mise en œuvre de cette stratégie demande le leadership de l'Etat, l'engagement des PTFs et Collectivités, l'accompagnement des OSC, des Privés et une pleine participation des communautés.

## BIBLIOGRAPHIE

- Cabinet du Premier Ministre : Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008 – 2012 ; octobre 2007 ; 132 p.
- Harmonisation et alignement pour une meilleure efficacité de l'aide au Niger : projet de code de conduite des partenaires techniques et financiers et du gouvernement du Niger ; 5p.
- Institut National de la Statistique, Niger : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ; 2006 ; 465 p.
- Institut National de la Statistique, Niger : Rapport d'enquête nationale Nutrition et Survie de l'Enfant Niger, juin/juillet 2010.
- Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation : recueil des textes sur la décentralisation ; 2<sup>eme</sup> édition 2009 ; 294 p.
- Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre les Endemies : Déclaration de Politique Sanitaire ; mai 2002 ; 19 p.
- Ministère de la Santé Publique ; Aide Mémoire de la Revue Conjointe du Secteur de la Sante 2008 , 2009, 2010 et 2011
- Ministère de la Santé Publique : annuaires statistiques 2004 ,2005, 2006, 2007, 2008 , 2009 et 2010
- Ministère de la Santé Publique ; recueil des textes sur la législation sanitaire; 2008 ; 800 p.
- Ministère de la Santé Publique ;contribution du secteur de la santé à la mise en oeuvre de la feuille de route du gouvernement 2010 – 2012 ; octobre 2009 ; 10 p.
- Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire 2005-2010 ; février 2005.
- Ministère de la Santé Publique : Plan de Développement Sanitaire 2011-2015 ; Janvier 2011.
- Ministère de la Santé Publique : Programme National de Renforcement du Système de Santé du Niger (RSS) 2010-2015 ; 30 juin 2009 ; 66 p.
- Ministère de la Santé Publique : proposition de la Republique du Niger pour le soutien de gavi au renforcement des systemes de sante (rss) ; avril 2009 ; 80 p.
- Ministère de la Santé Publique : rapport de l'évaluation interne à mi parcours du Plan de Developpement Sanitaire (PDS) 2005 -2010 ; octobre 2008, 43 p
- Ministère de la Santé Publique : rapport final de l'évaluation externe à mi parcours du PDS 2005-2010 ; Décembre 2008, 132 p.

- Ministère de la Santé Publique : Strategie Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé au Niger ; octobre 2009 ; 51 p.
- Ministère de la Santé Publique, Résultats des évaluations des Plans d'action annuels 2006,2007,2008,2009,2010,2011.
- Ministère de la Santé Publique, Rapports d'exécution annuelle (2008, 2009 et 2010) du PDS 2005-2010
- Ministère de la Santé Publique, Rapports d'exécution annuelle 2001 du PDS 2011-2015
- Ministère des Finances, Etats consolidés d'exécution financière des budgets de l'Etat 2008, 2009, 2010, 2011 ;
- Ministère de la Santé Publique ; Rapports Comptes Nationaux de Santé, Exercices 2003, 2004, 2005-2006, 2008 -2009
- Ministère de la Santé Publique ; Rapport Revue des Dépenses Publiques, Secteur Santé 1998 1999 , 2000 , 2001, 2002 , 2003, 2004 , 2005 , 2006, 2007 et 2008, 2009
- Ministère de la Santé Publique ;Cadre Stratégique de Lutte contre les IST/VIH/SIDA 2008 -2012; 93 p.
- Ministère de la Santé Publique ; Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme 2011 -2015; 121p.
- Ministère de la Santé Publique ; Cadre des Depenses Sectorielles à Moyen Terme 2004 -2006; 2007-2009 ; 2008 -2010 ; 2011 – 2015.
- Ministère de la Santé Publique ; Budget – Programme Santé 2006 – 2008 ; 46 p.
- Ministère de la Santé Publique ; compact ;avril 2011 ; 26 p.
- Organisation Ouest Africaine de la Sante ; Inventaire du Mecanisme du Financement au Niger ; Aout 2010 ; 21p.
- Care International au Niger ; strategie de Prise en Charge Communautaire des personnes infectees et affectees par le VIH/sida, Tahoua du 5 au 7 janvier 2007 ; 38p.
- Ministère de la Santé Publique ; Orientations Strategiques Pour Le Developpement Sanitaire de la Premiere Decennie du 21ème SIECLE ; 2002 – 2011 ; Mai 2002 ; 77p.
- Ministère de la Santé Publique ,atelier de consensus national sur la participation communautaire,juin 2006 Zinder ; Page 104

- ABUJA (NIGERIA ; Sommet extraordinaire de l'union africaine sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ; une Afrique Unie pour l'Accès universel aux services de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme d'ici à 2010 ; MAI 2006 44p.
- Micro assurance santé. Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique. Genève, Bureau International du Travail, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), 2002, Mutualité, assurance-maladie, Afrique francophone. 02.03.2 ISBN 92-2-212852-4, 74 p
- Criel B, Barry A N, expérience d'organisation de mutuelle de santé Projet Prima Guinée (juin 2002), p. 255
- Ministère de la Population, de la Promotion de la Femme et de la Protection de l'Enfant ; politique nationale de protection sociale ; avril 2011, 36 p.
- Ministère de l'intérieur, de la sécurité Publique et de la décentralisation ; Recueil des textes sur la décentralisation, 2<sup>ème</sup> édition ; p 2009.
- Alain Letourmy ; La micro assurance de santé dans les pays à faible revenu ; 2006 ; 217p.
- Assurance Maladie en Afrique francophone ; améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté ; 557p .
- OMS ; 2010 ; Rapport sur la santé dans le Monde
- OMS : Guide pour l'élaboration d'une stratégie nationale de financement de la santé
- Ministère des finances ; Quelles stratégie pour une meilleure efficacité de la dépense Publique ; février 2012
- Ministère De La Santé Publique ; Plan de Travail Quinquennal (PTQ) du Plan de Développement Sanitaire 2011 – 2015 ; 35p.
- Organisation Mondiale de la Santé ; stratégie de coopération de l'OMS avec le pays ( Niger) 2011- 2013 ; 34p.

## ANNEXE

**ANNEXE N° 1 : Budget prévisionnel de mise en œuvre de la stratégie (en milliers de F CFA)**

PRODUITS	Actions	ANNEES								
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
Mobilisation des ressources internes améliorée	Sécuriser davantage les lignes budgétaires destinées à la santé	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500		17500
	Intensifier le plaidoyer pour accélérer la libération et le décaissement des crédits	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500		17500
	Amener les Collectivités territoriales à s'impliquer davantage dans les actions de la santé	8000	8000	8000	8000	8000	8000	8000	8000	64000
	Elaborer un CDSMT et un budget qui tiennent compte des besoins réels du secteur ;	20000	20000	20000	20000	20000	20000	20000	20000	160000
	Développer des argumentaires pour les discussions budgétaires									
	Mettre en place une comptabilité hospitalière	20000	10000							30000
	Mettre en place une comptabilité analytique au niveau des hôpitaux	25000	10000							35000
	Améliorer le	25000	25000		10000		10000		10000	80000

	mécanisme de suivi du recouvrement								
	Réviser les tarifications des actes dans les unités de soins	15000				15000			30000
	Créer des nouvelles unités de soins et services spécialisés								
	Réviser la tarification au niveau des CSI et augmenter le paquet minimum	15000				15000			30000
	Développer d'autres approches communautaires pour améliorer la fréquentation et la gestion des centres de santé	15000	15000						30000
	Instaurer le mécanisme de financement basé sur la performance								
Mobilisation des ressources externes améliorée	Mener une offensive diplomatique vers la Communauté Internationale pour la mobilisation des ressources								
	Organiser des Tables rondes /Forums/Conférences pour la mobilisation des ressources		30000					40000	70000
	Renforcer le cadre de concertation MSP /PTFs								

	Amener les Partenaires Techniques et Financiers à respecter les engagements pris								
	Intensifier la mobilisation des Fonds verticaux (Gavi, FM etc...)								
	Inciter l'appui budgétaire ciblé pour le secteur santé								
	Encourager le Jumelage des formations sanitaires avec celles d'ailleurs	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	21000
	Elaborer des contrats de franchise en vue de la création des nouvelles formations sanitaires								
	Encourager la Coopération décentralisée	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	14000
Mutuelles de santé développées	Faire le plaidoyer auprès des autorités en faveur de la création des mutuelles de santé	30000		40000		20000		15000	105000
	Susciter l'adhésion de la population aux mutuelles de santé								
	Elaborer un Plan Opérationnel pour la mise en œuvre de la stratégie Nationale des mutuelles de santé	20000							20000

	Former les acteurs intervenant dans le développement des mutuelles de santé	15000								15000										30000
	Elaborer et adopter les textes réglementaires des mutuelles de santé	15000								5000										20000
	Apporter l'appui technique et l'encadrement aux mutuelles de santé	20000	25000	30000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	40000	275000
Assurance maladie promue	Faire un plaidoyer pour l'instauration de l'assurance maladie universelle au Niger	20000		20000						20000										60000
	Informar les populations sur l'assurance maladie																			
	Susciter l'adhésion de la population à l'assurance maladie Privée																			
	Créer le mécanisme de financement de l'assurance maladie universelle																			
	Elargir le panier de prestations de services couverts par l'assurance maladie																			
	Faire le plaidoyer auprès de la CNSS pour l'introduction de la branche maladie autre que professionnelle	10000	10000																	

	Impliquer les OSC dans la mise en place et la gestion de l'assurance maladie									
Fonds Social de santé mis en place	Actualiser et adopter le plan stratégique de mise en place du fonds social	20000				30000			15000	65000
	Définir les critères et les cibles bénéficiaires du fonds social	30000								
	Elaborer et adopter le cadre juridique régissant le Fonds Social	15000								15000
	Intensifier le plaidoyer auprès des acteurs									
	Identifiez les sources de financement pour le fonds social									
	Mettre en place un système de suivi-évaluation et de contrôle dans la gestion du Fonds	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	80000
	Suivi - Evaluation de la Stratégie		5000	5000	5000	50000			50000	115000
	<b>TOTAL</b>	<b>358000</b>	<b>163000</b>	<b>158000</b>	<b>103000</b>	<b>228000</b>	<b>128000</b>	<b>103000</b>	<b>193000</b>	<b>1404000</b>

## **Annexe 2**

### **Parties prenantes au Niger pour mettre en place une couverture universelle en santé**

#### **Pouvoir Elevé**

Partenaires techniques et financiers (PTF)

Université

Ministère des finances (tutelle financement Mutualités)

CESOC (Conseil Economique Social et Culturel)

#### **Pouvoir Elevé et intérêt élevé**

Ministère de la Santé Publique (tutelle technique Mutualités)

Ministère de la Fonction Publique et du Travail (tutelle administrative Mutualités)

Ministère du plan et du développement communautaire

Présidence et Primature

Assemblée nationale

Société civile (Chefs religieux et traditionnels,

Syndicats, associations paysannes, leaders d'opinion, mutuelles, ...)

Caisse Nationale de sécurité sociale

Ministère de l'Intérieur de la Décentralisation, des Affaires religieuses, de la Sécurité publique

+ Collectivités territoriales

Ministère de la Population, de la Promotion de la femme et de la Protection de l'enfant

#### **Pouvoir Faible et intérêt élevé**

Médias

Compagnies d'assurance

Tradipraticiens

Ministère de l'Education et de la Jeunesse

#### **Pouvoir Faible et intérêt faible**

Ministère de la Justice