

**REPUBLIQUE DU NIGER**  
**Fraternité-Travail-Progrès**



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**SECRETARIAT GENERAL**  
**DIRECTION DES ETUDES ET DE LA PROGRAMMATION**

**Rapport d'étude pour déterminer les acquis de la gratuité  
des soins et des mécanismes assurantiels en vigueur au  
Niger dans la perspective de la mise en place d'une  
Couverture Universelle du Risque Maladie**

**RAPPORT FINAL**

**Niamey, février 2019**

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Liste des tableaux .....   | iv |
| Liste des figures .....  | iv |
| Liste des annexes.....   | iv |
| Liste des sigles et abréviations .....   | v  |
| Résumé .....   | vi |
| INTRODUCTION.....  | 1  |
| I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....  | 2  |
| II. OBJECTIFS.....   | 2  |
| III. RÉSULTATS ATTENDUS .....  | 3  |
| IV. MÉTHODOLOGIE .....   | 3  |
| V. RESULTATS DE L'ETUDE .....  | 4  |
| 5.1. Situation des gratuités .....   | 4  |
| 5.1.1 Gratuité de la prise en charge des PVVIH.....  | 5  |
| 5.1.2 Gratuité de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose.....   | 6  |
| 5.1.3 Gratuité des médicaments de traitement de masse contre les MTN.....  | 8  |
| 5.1.4 Gratuité du sang.....  | 10 |
| 5.1.5 Gratuité de la prise en charge du paludisme.....   | 12 |
| 5.1.6 Gratuité des SONU.....   | 14 |
| 5.1.7 Gratuité des produits contraceptifs et préservatifs .....  | 14 |
| 5.1.8 Gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies .....   | 15 |
| 5.1.9 Gratuité de la prise en charge des cancers féminins .....  | 16 |
| 5.1.10 Gratuité des consultations prénatales .....   | 17 |
| 5.1.11 Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments)...                              | 18 |
| 5.1.12 Gratuité de la prise en charge des indigents .....  | 19 |
| 5.1.13 Gratuité des évacuations sanitaires.....  | 21 |
| 5.2. Situation des mécanismes assurantiels .....   | 21 |
| 5.2.1 Les mutuelles de santé :.....  | 21 |
| 5.2.2 Les mutuelles socioprofessionnelles .....  | 21 |
| 5.2.3 La mutuelle générale d'assistance .....  | 24 |
| 5.2.4 Les mutuelles communautaires .....   | 25 |
| 5.2.5 L'Agence nigérienne de la mutualité en santé.....  | 27 |
| 5.3. Les exemptions partielles de paiement pour des catégories de la population .....                                      | 28 |
| 5.4. Les autres tiers-payant.....  | 29 |
| 5.4.1 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale .....  | 29 |
| 5.4.2 Les assurances privées.....  | 31 |
| 5.5. Fonctionnement des différents mécanismes d'assurance maladie au Niger (Force, Faiblesses, Menaces, Opportunités)..... | 32 |
| 5.5.1 Fonctionnement de la gratuité des ARV.....   | 33 |
| 5.5.2 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose                             | 33 |
| 5.5.3 Fonctionnement de la gratuité du traitement de masse des maladies tropicales négligées                               | 34 |
| 5.5.4 Fonctionnement de la gratuité du sang .....  | 35 |
| 5.5.5 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge du paludisme .....   | 36 |
| 5.5.6 Fonctionnement de la gratuité des SONU .....   | 37 |
| 5.5.7 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies ..                               | 38 |
| 5.5.8 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins .....                                       | 38 |
| 5.5.9 Fonctionnement de la gratuité des consultations prénatales.....  | 39 |
| 5.5.10 Fonctionnement de la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs.....                                       | 40 |

|                     |  |    |
|---------------------|--|----|
| 5.5.11              | Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments) ..... | 41 |
| 5.5.12              | Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des indigents.....   | 42 |
| 5.5.13              | Fonctionnement de la gratuité des évacuations sanitaires .....   | 43 |
| 5.5.14              | La situation des gratuits selon les services couverts.....   | 43 |
| 5.5.15              | Populations bénéficiaires et coûts des gratuits .....  | 44 |
| 5.6.                | Fonctionnement des mécanismes assurantiels.....  | 45 |
| 5.6.1               | Fonctionnement des mutuelles socioprofessionnelles .....   | 45 |
| 5.6.2               | Fonctionnement de la mutuelle MGA .....  | 46 |
| 5.6.3               | Fonctionnement des mutuelles communautaires .....  | 47 |
| 5.6.4               | Fonctionnement des exemptions partielles de paiement .....   | 48 |
| 5.7.                | Les autres tiers-payant.....   | 49 |
| 5.7.1               | Fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale .....  | 49 |
| 5.7.2               | Fonctionnement des assurances privées .....  | 50 |
| 5.8.                | Analyse des gratuits et des mécanismes assurantiels au Niger.....  | 51 |
| 5.8.1               | Analyse des gratuits.....  | 51 |
| 5.8.2               | Analyse des mutuelles sociales de santé (communautaires et professionnelles).....                              | 52 |
| 5.8.3               | Analyse des exemptions partielles de paiement et des évacuations sanitaires .....                              | 53 |
| 5.8.4               | Analyse des tiers payants (assurances privées) .....   | 53 |
| 5.8.5               | Analyse des tiers payants (la CNSS).....   | 54 |
| 5.9.                | Options de mécanismes de couverture universelle du risque maladie .....  | 54 |
| 5.10.               | Propositions pour améliorer les différents mécanismes de couverture du risque maladie universelle .....        | 56 |
| 5.10.1              | Propositions selon les différents mécanismes .....   | 56 |
| 5.10.2              | Propositions à l'endroit des différents acteurs de la CMU .....  | 56 |
| 5.11.               | Contenu et processus de développement de la couverture du risque maladie universelle au Niger                  | 57 |
| CONCLUSION .....    |  | 59 |
| BIBLIOGRAPHIE ..... |  | 60 |

## Liste des tableaux

|  |    |
|--|----|
| Tableau 1: Cibles et médicaments utilisés pour le traitement de masse des MTN au Niger selon les pathologies .....                               | 9  |
| Tableau 2: Nombre de bénéficiaires du traitement de masse des MTN en 2017 au Niger selon les pathologies. ....                                   | 9  |
| Tableau 3: Répartition des bénéficiaires de soins gratuits en cas de situations d’urgences liées aux épidémies au Niger, 2012-2017.....          | 15 |
| Tableau 4: Répartition du nombre de cas de cancers féminins pris en charge par structure sanitaires de 2014 à 2017, au Niger .....               | 16 |
| Tableau 5: Répartition de coûts de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins par structure sanitaires de 2014 à 2017, au Niger..... | 16 |
| Tableau 6: Répartition des indigents pris en charge selon les structures de santé en 2017.....   | 20 |
| Tableau 7: Situation des mutuelles socioprofessionnelles au Niger, année 2018 .....  | 22 |
| Tableau 8: Répartition des mutuelles socioprofessionnelles selon le nombre de bénéficiaires et les modalités d’adhésion.....                     | 23 |
| Tableau 9: Cotisations appliquées selon les mutuelles socioprofessionnelles .....  | 24 |
| Tableau 10: Situation des mutuelles sociales communautaires au Niger en 2018 .....   | 26 |
| Tableau 11: Répartition des assurés selon les compagnies d’assurances au Niger.....  | 31 |
| Tableau 12: Répartition des gratuits selon le degré de couverture des services.....  | 43 |
| Tableau 13: Population bénéficiaires et coûts des gratuits .....   | 44 |
| Tableau 14: Populations couvertes et coûts des mutuelles sociales de santé .....   | 47 |
| Tableau 15: Situation des options actuelles de couverture du risque maladie au Niger.....  | 55 |

## Liste des figures

|  |    |
|--|----|
| Figure 1: Répartition du nombre de bénéficiaires de la gratuité des ARV de 2012 à 2017 au Niger .....                              | 5  |
| Figure 2: Evolution des coûts de la gratuité des ARV de 2012 à 2017 au Niger .....   | 6  |
| Figure 3: Nombre de personnes ayant bénéficié de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose de 2012 à 2017 au Niger ..... | 7  |
| Figure 4: Evolution des dépenses de la prise en charge gratuite de la tuberculose au Niger, de 2012 à 2016.....                    | 8  |
| Figure 5: Evolution du nombre de patients ayant bénéficié de la gratuité du sang de 2012 à 2017 au Niger.....                      | 11 |
| Figure 6: Incidences annuelles du paludisme de 2012 à 2016 au Niger.....   | 12 |
| Figure 7: Evolution des dépenses liées à la lutte contre le paludisme de 2012 à 2017 au Niger .....                                | 13 |
| Figure 8: Evolution des coûts de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins de 2014 à 2017 .....                       | 17 |
| Figure 9: Evolutions des effectifs à la CNSS de 2012 à 2016.....   | 30 |
| Figure 10: Evolution des recettes techniques et dépenses des prestations sociales de la CNSS .....                                 | 30 |
| Figure 11: Evolution des dépenses courantes de santé des assurances commerciales de 2012 à 2016. 32                                |    |

## Liste des annexes

|   |    |
|---|----|
| Annexe 1: Termes de référence de l’étude sur la gratuité des soins et les mécanismes assurantiels au Niger..... | 62 |
| Annexe 2: Protocole d’étude sur la gratuité des soins et les mécanismes assurantiels au Niger.....              | 65 |
| Annexe 3: Les cibles de l’étude sur la gratuité des soins et les mécanismes assurantiels au Niger.....          | 72 |
| Annexe 4: Liste des personnes rencontrées.....  | 73 |

## Liste des sigles et abréviations

|        |   |  |
|--------|---|--|
| AM     | : | Assurance maladie  |
| AMIU   | : | Aspiration manuelle utérine                                    |
| ANMS   | : | Agence nationale de la mutualité en santé                      |
| ARV    | : | Antirétroviraux  |
| CDC    | : | Center for disease control                                     |
| CMU    | : | Couverture maladie universelle                                 |
| CNS    | : | Compte nationaux de la santé                                   |
| CNSS   | : | Caisse national de sécurité sociale                            |
| CNTS   | : | Centre national de transfusion sanguine                        |
| CPN    | : | Consultations prénatales                                       |
| CRM    | : | Couverture du risque maladie                                   |
| CRTS   | : | Centre régional de transfusion sanguine                        |
| CSU    | : | Couverture sanitaire universelle                               |
| DEP    | : | Direction des études et de la programmation                    |
| DTM    | : | Distribution pour le traitement de masse                       |
| MILDA  | : | Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action |
| MSF    | : | Médecin sans frontière   |
| MSP    | : | Ministère de la santé publique                                 |
| MTN    | : | Maladies tropicales négligées                                  |
| OMD    | : | Objectifs du millénaire pour le développement                  |
| OMS    | : | Organisation mondiale de la santé                              |
| OOAS   | : | Organisation ouest africaine de la santé                       |
| OSC    | : | Organisation de la société civile                              |
| PAA    | : | Plan d'action annuel   |
| PCA    | : | Paquet complémentaire d'activités                              |
| PMA    | : | Paquet minimum d'activités                                     |
| PNLP   | : | Programme national de lutte contre le paludisme                |
| PNLT   | : | Programme national de lutte contre la tuberculose              |
| PTF    | : | Partenaires techniques et financiers                           |
| PVVIH  | : | Personnes vivant avec le VIH                                   |
| SONU   | : | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence                      |
| SONU   | : | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence                      |
| TB     | : | Tuberculose  |
| TM     | : | Traitement de masse  |
| UEMOA  | : | Union économique et monétaire ouest africaine                  |
| UNFPA  | : | Fonds des nations unies pour la population                     |
| UNICEF | : | Fonds des nations unies pour l'enfance                         |
| USAID  | : | Agence américaine pour développement international             |
| VAT    | : | Vaccins antitétaniques   |
| VIH    | : | Virus de l'immunodéficience humaine                            |

## Résumé

La politique de la gratuité des soins de santé, mise en œuvre à partir de 2006, a permis d'améliorer de manière sensible, l'accès des populations vulnérables aux soins et services de santé<sup>1</sup>.

Il ressort des résultats de la présente étude qu'il existe d'autres types de gratuités, excepté celles chez les enfants de moins de 5 ans et les césariennes qui ont déjà fait l'objet d'une précédente étude. Il s'agit de la gratuité de la prise en charge : des cancers féminins, du VIH, de la tuberculose, de la vaccination, des consultations prénatales, des produits contraceptifs, de la malnutrition etc.

Cependant, la plupart des exemptions totales ou partielles qui ont été décrites dans la présente étude fonctionnent par pré positionnement d'intrants, ne concernent pratiquement que des intrants (peu de services), et sont liées à des circuits d'approvisionnement qui échappent aux prestataires.

La Caisse nationale de sécurité sociale, offre l'assurance maladie à tous les travailleurs et membres de leurs familles, mais son champ d'action reste limité à 2% de la population.

Au niveau des secteurs privé et informel, il existe d'autres mécanismes de prise en charge des patients à travers les assurances privées et les mutuelles communautaires ou professionnelles. Toutefois, ces mécanismes couvrent très peu la population. L'étude a permis de mettre en évidence l'extinction totale des mutuelles communautaires.

Une précédente étude déjà mentionnée sur la politique de gratuité a proposé une première étape pour aller de la situation existante à la CMU. Il s'agit en résumé de professionnaliser le tiers-payant appliqué à la politique de gratuité concernant les enfants de moins de 5 ans et les césariennes.

La CPN et les exemptions partielles de paiement sont des exemples de prestations qui pourraient être intégrées à un système de tiers-payant professionnalisé.

La présente étude montre qu'un chantier parallèle permettra d'améliorer la situation de la protection sociale en santé : il s'agit d'améliorer les mécanismes existants qui concourent à la prise en charge de nombreuses personnes, sur de multiples prestations, à des hauteurs différentes (les 3 dimensions du « cube » de l'OMS).

Pour évoluer vers la CMU, la priorité consiste aujourd'hui à suivre les recommandations de la précédente étude sur la politique de gratuité des moins de 5 ans et des césariennes et à améliorer qualitativement (sans changement de dispositif) les mécanismes de gratuités existants, voire les questionner du point de vue de leur efficacité et de leur équité (typiquement les évacuations sanitaires). Dans un second temps, notamment si le temps est venu de créer une institution spécifique de tiers-payant, alors le transfert de certains de ces mécanismes pourra être envisagé.

Au titre de ces transferts, on notera que les mutuelles (sociales ou professionnelles), pourront être amenées à jouer un rôle de gestionnaire délégué pour certaines fonctions (typiquement IEC, identification des populations, contrôle des prestations).

Enfin, certaines gratuités n'ont pas vocation ni à court ni à moyen terme à être transférées dans un mécanisme de tiers-payant type «assurance maladie ».

---

<sup>1</sup> Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger, juin 2015

La présente étude montre que de nombreuses « gratuités » sont des programmes de santé publique qui ont besoin d'une forte tutelle du Ministère de la Santé pour atteindre leurs objectifs (typiquement la lutte contre les épidémies, les MTN etc.). Les prestations de prise en charge du VIH/SIDA et la Tuberculose tombent également dans cette catégorie mieux positionnée au démarrage au niveau de l'offre de soins que de la demande. Une fois les prises en charge totalement intégrées et les circuits de distribution ouverts à l'autonomie de gestion des prestataires, elles pourront cependant être envisagées au sein d'un panier de soins d'assurance maladie.

Le pays dispose d'atouts majeurs qui peuvent être mis à contribution, à savoir une volonté politique affichée et une gouvernance régionale et locale en construction. En effet, l'adoption par le Gouvernement de plusieurs textes (décrets et arrêtés de dévolution) portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités territoriales (communes et régions) dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'hydraulique et de l'environnement, représente une condition favorable à la mise en place d'une couverture maladie universelle sous forme d'assurances territoriales de couverture du risque maladie permettant de couvrir le risque maladie à l'ensemble des populations dans les zones géographiques respectives.

Les mutuelles communautaires, ayant montré leur limite, paraît-il plus pertinent pour assurer la couverture maladie universelle à la majorité des nigériens, d'imposer une taxe spéciale au niveau des dites collectivités.

## INTRODUCTION

Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement Durable (OMD 4 et 5), relatifs à la réduction de la mortalité maternelle et infantile, le Gouvernement du Niger a mis en place en 2006, une politique de la gratuité des soins de santé au profit des femmes et des enfants de moins de cinq (5) ans<sup>2</sup>.

En plus de ces dispositions, les populations bénéficient gratuitement de plusieurs prestations de santé dans les structures sanitaires publiques.

Dans la perspective de la Couverture maladie universelle, le MSP avec l'appui de l'OMS s'est engagé à faire le point sur les différentes gratuités existantes ainsi que les autres mécanismes permettant aux populations de faire face au risque maladie.

La couverture universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'équité est un principe cardinal. Cela signifie que les pays doivent suivre les progrès non seulement au sein de la population nationale en général mais aussi au sein de différentes catégories (c'est-à-dire par niveau de revenu, sexe, âge, lieu de résidence, situation migratoire et origine ethnique).

Le but de la couverture universelle en matière de santé est de faire en sorte que « tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières ». Pour qu'une communauté ou un pays parvienne à la couverture universelle en matière de santé, plusieurs facteurs doivent être réunis, à savoir: un système de santé solide, efficace et bien géré qui réponde aux besoins de santé prioritaires au moyen de soins intégrés centrés sur les personnes (y compris des services spécialisés dans le VIH, la tuberculose, le paludisme, les maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant). Des soins à un coût abordable – un système de financement des services de santé qui évite aux usagers de rencontrer des difficultés financières lorsqu'ils y font appel<sup>3</sup>.

La présente étude fait suite à une étude déjà réalisée par un expert de l'OMS sur la gratuité des soins chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Le guide pour la réalisation de l'étude a été élaboré par l'expert de l'OMS.

Elle a pour objet de faire le point des autres gratuités dans le système de santé et des mécanismes assurantiels de prise en charge des patients, de faire une analyse et de formuler des propositions pour la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie.

---

<sup>2</sup> 2012, Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger

<sup>3</sup> [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/fr/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/)



## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION<sup>4</sup>

La politique de la gratuité des soins a été introduite depuis 2006 par le gouvernement du Niger au profit de certaines catégories de la population dans le but de faciliter l'accès aux soins de santé au profit des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Il s'est agi pour le gouvernement à travers cette politique, d'accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015.

Les prestations couvertes par la gratuité sont entre autres : la prise en charge du VIH, de la tuberculose, de la vaccination, des consultations prénatales, des césariennes, de produits contraceptifs, de la prise en charge des soins préventifs et curatifs chez les enfants de moins de 5 ans et de la prise en charge des cancers féminins, des césariennes etc.

Au niveau du secteur privé, il existe d'autres mécanismes de prise en charge des patients à travers les assurances privées et les mutuelles communautaires ou professionnelles. Toutefois, ces mécanismes couvrent très peu la population.

Dans la perspective de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement souhaite bâtir un mécanisme de couverture du risque maladie universelle en se basant non seulement sur les acquis de la gratuité des soins, mais aussi en capitalisant les bonnes pratiques sur les autres mécanismes assurantiels (publics, privés ou communautaires) en cours dans le pays.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude dont les termes de références sont en annexe 1 du présent document et qui doit contribuer à identifier les leçons apprises ainsi que les limites de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité, des autres mécanismes de financement de la santé et de prise en charge des patients en vue de mettre en place une couverture du risque maladie universelle dans le pays.

## II. OBJECTIFS

### A. Objectif général

L'objectif global est d'aider le MSP à réaliser une étude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes d'assurance maladies en cours dans le pays dans la perspective de la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Niger.

### B. Objectifs spécifiques

- a. Recenser et analyser les différents mécanismes assurantiels de prise en charge des patients au Niger ;
- b. Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion de la gratuité des soins au Niger ;
- c. Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion des autres mécanismes assurantiels
- d. Formuler des recommandations pour une évolution des mécanismes en cours vers un dispositif de couverture du risque maladie adapté au contexte (capitalisation et transformation des mécanismes).
- e. Formuler des propositions pour la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie approprié intégrant les autres mécanismes en cours dans le pays ;

---

<sup>4</sup> TDRs de la présente consultation

### III. RÉSULTATS ATTENDUS

- a. Le mécanisme de la gestion de la gratuité des soins est analysé;
- b. La liste des différents mécanismes d'assurance maladie en cours dans le pays est établie avec une appréciation de chacun des mécanismes dans le contexte de la mise en place d'une couverture du risque maladie universelle;
- c. Des options de mécanismes de couverture du risque maladie universelle sont proposées ;
- d. Des recommandations tendant à mieux orienter le choix du gouvernement sur le dispositif de couverture du risque maladie universelle approprié et adapté au contexte national sont formulées au niveau du contenu et le processus de son développement.

### IV. MÉTHODOLOGIE

Pour mieux orienter le travail, un protocole d'étude (annexe 2) basé sur un guide fournit par un Consultant international de l'OMS a été élaboré avant le début de l'étude.

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique des mécanismes d'assurance maladie en cours ainsi que leurs apports à un éventuel dispositif de couverture du risque maladie universelle au Niger.

Les principales cibles de l'étude (annexe 3) sont : les structures du Ministère de la santé publique, les compagnies d'assurances, les mutuelles professionnelles et communautaires, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ainsi que l'Agence Nigérienne pour la Mutualité en Santé (ANMS).

Les documents nationaux (textes législatifs, politiques, stratégies, rapports du MSP, évaluations etc.), internationaux (exemples dans les pays de la sous-région notamment) et celle des différentes structures assurantielles intégrées dans l'étude ainsi que les questionnaires qui leurs seront adressés ont servi de source d'information.

Les données ont été recueillies lors de la revue documentaire et aussi par une équipe du MSP et le consultant national de manière systématique auprès de toutes les structures concernées par cette étude.

Les responsables et acteurs des structures concernées (liste des personnes rencontrées en annexe 4) ont été interviewés à l'aide d'outils de collecte de données (questionnaires) élaborés sur la base d'une grille standard produite avec l'appui du conseiller de l'OMS. Il s'agit de questionnaires adressés aux services de santé, aux assurances, aux mutuelles socioprofessionnelles, aux mutuelles communautaires, à la CNSS et à l'ANMS (Les questionnaires sont annexés au protocole de l'étude).

L'étude comporte des variables de type qualitative (questions ouvertes) et quantitatives (données chiffrées) renseignées à travers les questionnaires (données primaires) et les données de la revue documentaire (données secondaires).

Les données ont été saisies dans le programme Excel où tous les calculs, graphiques et tableaux furent effectués avant d'être importés dans Word.

Les résultats ont été présentés aux différentes parties prenantes (OMS, DEP et autres structures du MSP) sous forme de présentation power Point après consultations avec le Conseiller de l'OMS.

## V. RESULTATS DE L'ETUDE

Les résultats de cette étude porte sur les informations collectées sur le terrain et la revue documentaire. Les documents consultés sont présentés dans le chapitre consacré à la bibliographie. Sur le terrain les données ont été collectées auprès des structures suivantes : structures du MSP (03 hôpitaux nationaux, quatre (04) centres hospitaliers régionaux, trois (03) centres de santé mère et enfant, des Directions des ressources financière et du matériel, de la surveillance des épidémies et de la riposte, du centre national de transfusion sanguine, de la nutrition, des Etude et de la programmation, ainsi que des programmes de santé (paludisme, tuberculose, maladie tropicale négligées). En outre, ont été enrôlés dans cette étude, la caisse nationale de sécurité sociale, la Coordination du Comité Intersectoriel de lutte contre le Sida, l'Agence nigérienne de la mutualité en santé, vingt trois (23) mutuelles communautaires (tableau 10), onze (11) mutuelles socioprofessionnelles (tableau 7) et six (06) compagnies d'assurance (SNAR Leyma, NIA, MBA, SUNU, CAREN et SAHAM).

### 5.1. *Situation des gratuités*

La gratuité des soins de santé consiste à fournir des prestations de soins de santé à la population cible, sans qu'elle ne participe au paiement direct de ces prestations<sup>5</sup>. La mise en œuvre de la politique de gratuité des soins a commencé au Niger à partir de 2006, en vue d'améliorer l'accès aux soins de santé, notamment pour les groupes vulnérables de la population que sont, entre autres, les femmes et les enfants de moins de 5 ans. Pour les femmes, la gratuité concerne les prestations de soins liées à la planification familiale, à la consultation prénatale, à la césarienne et à la prise en charge du cancer gynécologique. Chez les enfants de moins de 5 ans la gratuité embrasse tous les soins préventifs et curatifs. La gratuité des césariennes et celle des soins chez les enfants de moins de 5 ans ayant déjà fait l'objet d'une étude par un expert de l'OMS, ne seront pas abordées dans le présent rapport.

Cependant au-delà, des gratuités instaurées en 2006, plusieurs programmes de santé offrent des services gratuits, notamment les distributions de masse de médicaments, les vaccins, les produits nutritionnels, les consommables médicaux etc. aux populations.

A cet effet, dans le présent rapport, seront abordés les gratuités relatives à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes atteintes de tuberculose, de la dotation en médicaments de traitement de masse contre MTN, du sang, de la prise en charge du paludisme, des évacuations sanitaires, des accouchements nécessitant des SONU, de la dotation gratuite en produits contraceptifs et préservatifs, de la prise en charge des indigents, de la prise en charge des patients en cas d'épidémies, de cancers féminins, des consultations prénatales, de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue.

---

<sup>5</sup> Etude sur la gratuité des soins de santé au Niger, Juin 2012

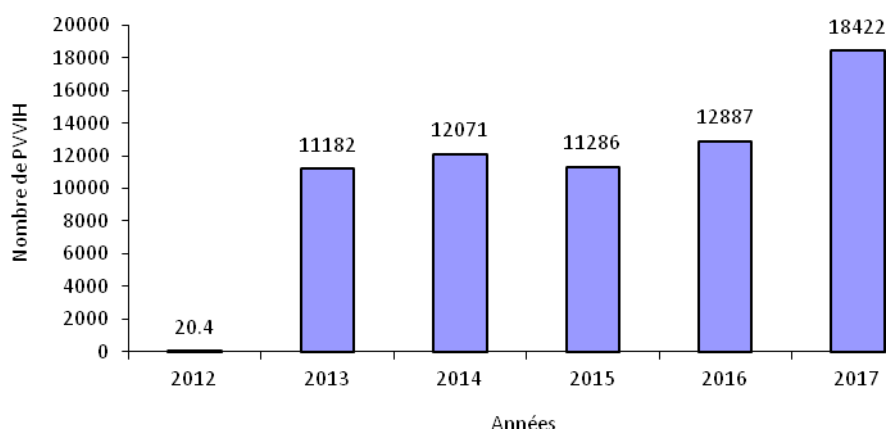
### 5.1.1 Gratuité de la prise en charge des PVVIH

La gratuité de la prise en charge des PVVIH est régie par la Loi n° 2015-30 du 26 mai 2015 abrogeant la Loi 2007-08 du 30 avril 2007 et qui stipule en son Article 10 que « toute personne vivant avec le VIH doit bénéficier des services d'une assistance médicale et psychosociale. La prise en charge est gratuite et globale », ainsi que son décret d'application n°2017-014/PRN/MSP du 06 janvier 2017.

La mise en application de cette gratuité relève des Ministère de la santé publique et du Ministère de l'économie et des finances.

En effet en application de ces texte, toutes personnes vivant avec le VIH est bénéficiaire de cette gratuité sans distinction aucune. Ainsi de 2012 à 2017 le nombre de PVVIH a évolué tel qu'indiqué dans la figure ci-dessous avec une moyenne de 13 519 personnes pris en charge par An.

Figure 1: Répartition du nombre de bénéficiaires de la gratuité des ARV de 2012 à 2017 au Niger



Source : Rapport annuel REDES produit par le CISLS

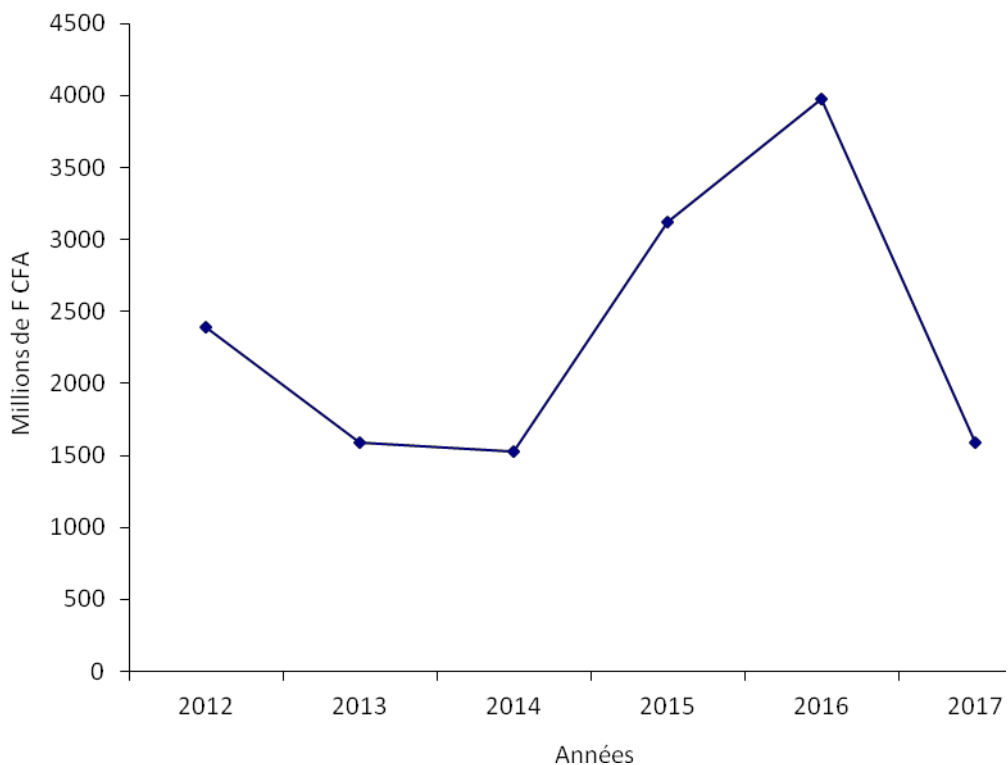
Les prestations fournies dans le cadre de la gratuité de la prise en charge des PVVIH sont : la dotation en médicaments ARV, en Cotrimoxazole pour le traitement des infections opportuniste ainsi que les examens de laboratoire concernant le suivi biologique (CD4, charge virale, biochimie).

Le mécanisme de compensation se fait essentiellement par le pré-positionnement d'intrants avec l'appui des partenaires et les subventions de l'Etat. En effet, l'Etat et le Fonds Mondial assurent la prise en charge des intrants. A noter également les interventions ponctuelles de l'UNICEF.

Malgré certaines contraintes, le système de gratuité de la prise en charge de PVVIH est considéré comme opérationnel compte tenu de ; i) la disponibilité des ARV aux points de service, ii) l'Etat assure des subventions pour l'achat, de distribution et le stockage et iii) l'accès facile au traitement.

Le coût moyen par patient s'élève à deux cent dix francs (210 000 F) CFA (ARV+ réactifs + anti-infection opportunistes). Quant au coût global de cette gratuité il est estimé à trois (03), voire quatre (04) milliards par an. Les coûts globaux n'incluant pas la prévention, la gestion du programme et les ressources humaines ont subi des fluctuations importantes selon les années allant de 1 526 747 783 (2014) à 3 976 940 320 de F CFA (2016).

Figure 2: Evolution des coûts de la gratuité des ARV de 2012 à 2017 au Niger



Source : Rapport annuel REDES produit par le CISLS

Pour assurer le suivi du fonctionnement de la gratuité des ARV, la Coordination Intersectorielle de Lutte contre le Sida (CISLS) a retenu les indicateurs suivants sur la Disponibilité des ARV et réactifs (suivi des stocks), le nombre de personnes suivies sous ARV et la disponibilité des subventions.

La principale contrainte demeure la limitation de la gratuité à des examens de laboratoire ciblés et le fait que les coûts liés aux hospitalisations des PVVIH ne soient pas pris en charge dans la gratuité.

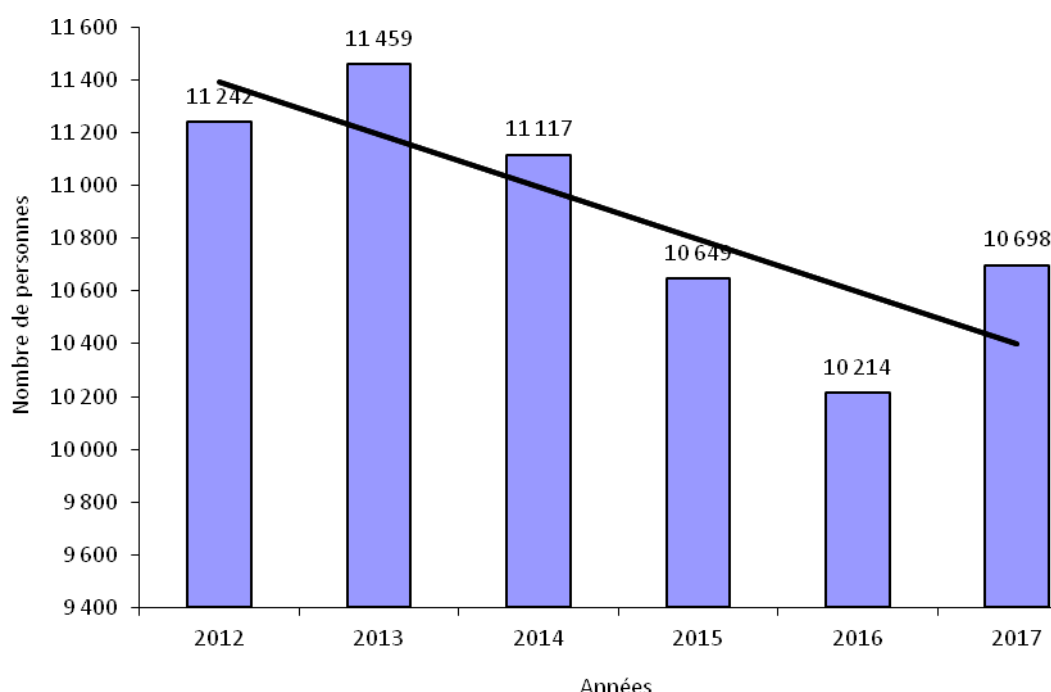
### 5.1.2 Gratuité de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose

Il n'a pas été trouvé de textes régissant la gratuité de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose. Cependant la gratuité du traitement de la tuberculose et de la lèpre a précédé toutes les gratuités aujourd'hui connues, car elle était pratiquée bien avant la mise en place du système de recouvrement des coûts instauré au Niger en 1998.

La gestion de la gratuité de la prise en charge des personnes atteintes de TB relève du MSP avec l'appui du programme national de lutte contre la tuberculose (PNLT). Cette gratuité concerne toutes les personnes atteintes de tuberculose et toutes formes de la maladie confondue.

Ainsi de 2012 à 2017, une moyenne annuelle de 10 897 personnes a bénéficié de cette gratuité. Cependant la figure ci-dessous montre une tendance à la baisse du nombre de bénéficiaires pendant la même période.

Figure 3: Nombre de personnes ayant bénéficié de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose de 2012 à 2017 au Niger



Outre la gratuité des médicaments antituberculeux, les patients bénéficient d'une prise en charge gratuite des examens de laboratoire (crachat, culture, Xpert, LPA), des frais d'hospitalisation, des frais de transport, ainsi que d'autres examens complémentaires et de l'alimentation en cas de tuberculose multi résistante.

Le pré-positionnement d'intrants et les subventions accordées par l'Etat représentent les principales sources de compensation de cette gratuité.

Les partenaires financiers de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose sont : l'Etat nigérien, le Fonds Mondial, GDF, Action Damien et MSF (Espagne).

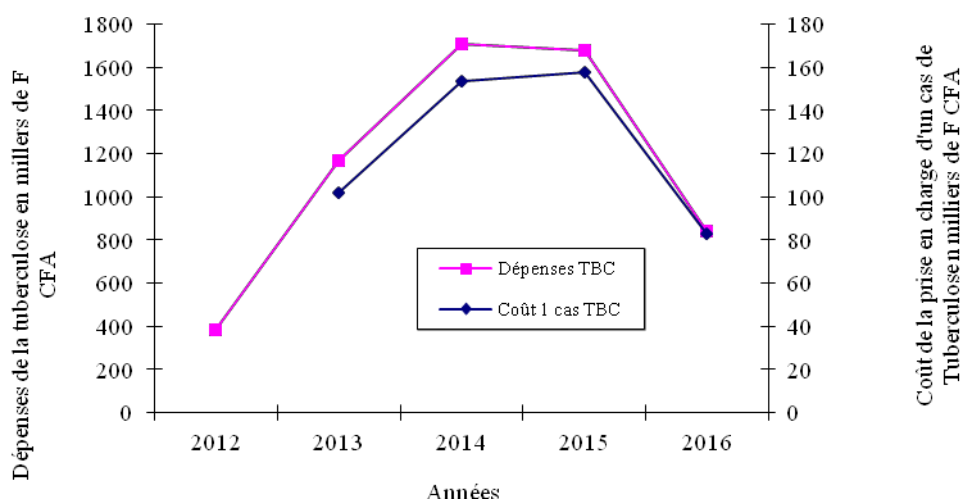
La prise en charge de la gratuité du traitement de la tuberculose est considérée comme opérationnelle dès lors où les intrants sont disponibles et les activités se mènent normalement à travers le pays.

Cependant les coûts liés aux intrants ne sont pas maîtrisés, rendant ainsi difficile les estimations financières de cette gratuité.

Comme indiqué dans la figure ci-dessous, les estimations faites dans les comptes nationaux de la santé (CNS) de 2012 à 2016 montrent une croissance des dépenses liées à la lutte contre la tuberculose et aussi à la prise en charge d'un cas de tuberculose jusqu'en 2015 avec une baisse de ces mêmes coûts en 2016. Ainsi en considérant comme base de calcul le cout moyen de la prise en charge d'un cas de tuberculose, on peut estimer le cout lié à la gratuité de la prise en charge de cette pathologie en à environ 842 350 000 F CFA en 2016.

On note également une forte dépendance des financements extérieurs dans la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge de la tuberculose.

Figure 4: Evolution des dépenses de la prise en charge gratuite de la tuberculose au Niger, de 2012 à 2016



### 5.1.3 Gratuité des médicaments de traitement de masse contre les MTN

Dans le cadre de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN), l'OMS a développé et proposé aux pays la mise à l'échelle de la chimio prophylaxie préventive à travers des campagnes de traitement de masse ou de distribution gratuite des médicaments aux communautés affectées, chaque année. La première campagne de traitement de masse a eu lieu en 2007 au Niger. Les MTN comprennent la filariose lymphatique, l'onchocercose, la bilharziose, les géohelminthes, le trachome, la lèpre, le ver de Guinée, la rage, la trypanosomiase humaine africaine et la leishmaniose.<sup>6</sup>

A cet effet, le Niger a instauré un traitement de masse (TM) gratuit de ces affections. Il n'existe pas de cadre légal qui régit cette gratuité.

La gratuité du traitement de masse contre les MTN relève de la gestion du programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées (PNLMTN). Les cibles de cette gratuité ainsi que les médicaments utilisés sont présentés dans le tableau ci-dessous :

<sup>6</sup> CNS 2012-2013

Tableau 1: Cibles et médicaments utilisés pour le traitement de masse des MTN au Niger selon les pathologies

| Pathologie            | Cible  | Médicaments utilisés    |
|-----------------------|--|-------------------------|
| Schistosomiasis       | 5 ans et plus de la population totale des villages endémiques  | Praziquantel            |
| Géohelminthes         | Personnes éligibles à l'Ivermectine et celles éligibles au PZQ dans les districts sanitaires non endémiques à la filariose lymphatique pour les 5-14 ans | Albendazole             |
| Filariose lymphatique | 5 ans et plus  | Ivermectine             |
| Trachome              | ✓ < 6mois  | Tétracycline pommade 1% |
|                       | ✓ 6-59 mois  | Zithromax sirop         |
|                       | ✓ 5 ans et plus  | Zithromax comprimé      |

Ainsi, de 2012 à 2017 plusieurs personnes de tranches d'âge différentes ont bénéficié de la gratuité du traitement de masse dans les zones endémiques. Rien qu'en 2017, comme indiqué dans le tableau ci-dessous, des millions de personnes ont bénéficié de la gratuité des traitements de masses contre les MTN.

Tableau 2: Nombre de bénéficiaires du traitement de masse des MTN en 2017 au Niger selon les pathologies.

| Pathologie              | Nombre de bénéficiaires | Nombre de districts ciblés |
|-------------------------|-------------------------|----------------------------|
| ✓ Schistosomiase        | 4 354 909               | 39                         |
| ✓ Géohelminthes         | 9 296 861               | 39                         |
| ✓ Filariose lymphatique | 6 797 257               | Non spécifié               |
| ✓ Trachome              | 3 738 497               | Non spécifié               |

Source Plan directeur de lutte contre les MTN Niger 2016-2020

Les prestations sont fournies dans le cadre de la gratuité du TM des MTN concernent les médicaments contre la filariose lymphatique, la schistosomiase, le trachome et les géohelminthes.

La compensation financière de cette gratuité est assurée par le pré-positionnement d'intrants avec les appuis des Partenaires et les subventions de l'Etat. Pour le PTF, il s'agit de l'OMS, *Schistosoma control Initiative (SCI)*, *International trachoma initiative (ITI)*, Centre Carter, Helen Keller International et la Banque Mondiale. Les collectivités apportent leurs contributions à travers la participation de communautés aux activités de distribution des médicaments.

Le système de gratuité de la prise du traitement de masse contre les MTN continue de fonctionner, car les intrants sont disponibles ainsi que les ressources financières et techniques permettant de mener les activités chaque année.

Les coûts des intrants liés à la gratuité de TM des MTN ne sont malheureusement pas maîtrisés au niveau du programme.



Dans les comptes nationaux de la santé les dépenses liées aux maladies tropicales négligées étaient estimées à 1,44 milliards de F CFA en 2012, puis 2, 02 milliards de F Cfa en 2013 et 2,38 milliards de F CFA en 2014.

Pour apprécier les progrès réalisés, le programme utilise des indicateurs sur le nombre de districts qui ont arrêté la distribution de masse des médicaments et la prévalence des maladies à travers des enquêtes.

Cependant cette gratuité ne se fait pas sans contraintes / difficultés, à savoir :

- Les molécules ne sont pas disponibles en quantité suffisante et en même temps pour pouvoir commencer les activités. Cette situation est engendrée par le fait que les différents partenaires n'ont pas le même rythme des décaissements des fonds
- Le financement des campagnes est également concerné par le manque des financements selon la programmation
- Certains districts n'ont pas de partenaires financiers. En effet, chaque partenaire couvre un certain nombre de districts sanitaires laissant ainsi certaines zones sans partenaires.
- Les positions figées de certains partenaires malgré les besoins exprimés par le MSP pour couvrir d'autres zones endémiques du pays

Les recommandations pour améliorer les prestations sont :

- Une adaptation de la planification des activités aux procédures de déblocage des fonds par les partenaires de manière à atteindre les objectifs fixés dans les plans d'actions annuels (PAA).
- Une concertation entre partenaires en vue de la prise en compte des districts sans partenaires
- Augmentation du personnel au PNLMTN qui ne compte que deux agents, à savoir la coordinatrice et son adjointe.
- Dotation en locaux pour abriter la coordination. Les 2 personnes se trouvent dans un même bureau.

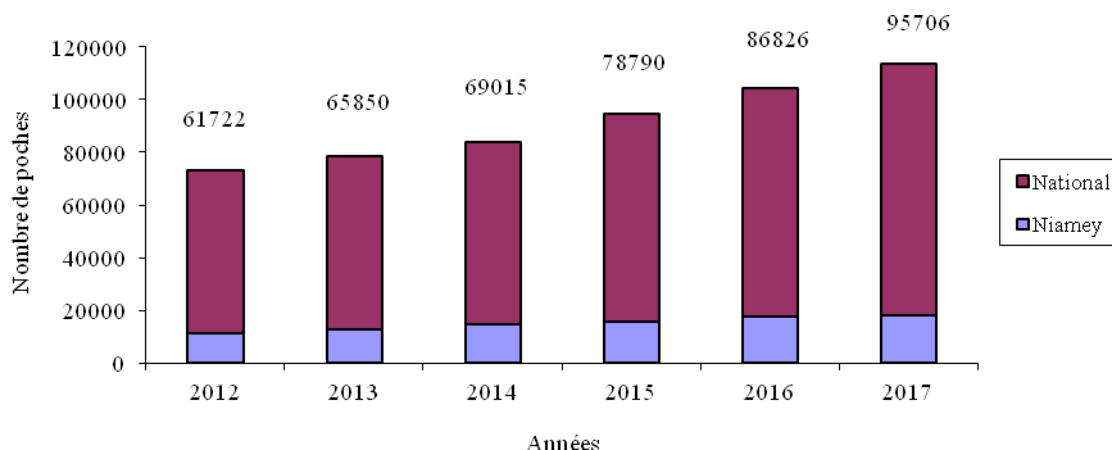
#### **5.1.4 Gratuité du sang**

Le MSP garantit la gratuité du sang sur toute l'étendue du pays et à toutes les couches de la population sans aucune distinction y compris les patients admis dans les structures sanitaires privées. Cependant, il n'a pas été trouvé de texte régissant la gratuité du sang au Niger.

Des milliers de patients dont le nombre ne cesse d'évoluer d'année en année bénéficient de cette gratuité. En effet, la demande de sang est en perpétuelle augmentation et la ville de Niamey à elle seule englobe environ 20% de la consommation nationale. (Figure ci-dessous).

Pour assurer efficacement la disponibilité du sang, hormis le Centre National de Transfusion Sanguine basé à Niamey, le MSP a mis en place des Centre régionaux de transfusion sanguine (CRTS) dans cinq (05) régions à savoir, Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder et Niamey.

Figure 5: Evolution du nombre de patients ayant bénéficié de la gratuité du sang de 2012 à 2017 au Niger



En 2017, 95.706 poches ont été collectées par les centres de transfusion sanguine du pays contre 136.879 attendues, soit un taux de disponibilité de 70%.

Les prestations fournies dans le cadre de la gratuité du sang incluent : les poches de sang, les réactifs de test de validation ou rejet des poches, les transfuseurs, les consommables de laboratoire et les collations pour les donneurs.

Les subventions de l'Etat, la contribution des PTF au pré-positionnement d'intrants, les Organisations de la Société Civile (OSC) et les populations bénévoles permettent d'assurer cette gratuité. Il s'agit pour les partenaires de : Fonds mondial, Fonds commun, Laban Niger (société laitière), Alhoramoune.

L'Etat nigérien subventionne le fonctionnement du CNTS et des CRTS à hauteur de 56% des prévisions budgétaires, le fonds mondial à 25% et le Fonds commun 1%. Les stocks de sang sont reconstitués grâce aux donneurs bénévoles et aux parents des patients.

Malgré les difficultés rencontrées, le système de gratuité du sang est opérationnel car les principaux indicateurs sont satisfaisants à savoir, le nombre de donneurs bénévoles qui est en croissance et le nombre de poches reçues par rapports au nombre de poches attendues qui est de 70%.

Concernant les coûts, la gratuité du sang par poche transfusée est estimée à 27 000 F CFA pour le sang total (estimation faite en 2006). En 2017 le coût global de la gratuité du sang était estimé à 1 318 071 640 F CFA.

Cependant cette gratuité n'est pas sans contraintes. Il s'agit en l'occurrence de :

- Insuffisance de subvention
- Insuffisance de PTF
- Retard dans le déblocage des fonds
- Non satisfaction complète des besoins
- Manque d'un système de recouvrement (de tiers payants)
- Insuffisance de sensibilisation des populations
- Insuffisance du personnel en quantité et en qualité
- Insuffisance de recyclage du personnel
- Vétusté de certains équipements

Aussi, pour améliorer les prestations, il est recommandé de :

- ✓ augmenter les subventions
- ✓ libérer à temps les fonds
- ✓ instaurer un système de recouvrement des coûts
- ✓ faire un plaidoyer auprès des PTF
- ✓ sensibiliser la population au don de sang
- ✓ former les acteurs de la transfusion sanguine et de la sécurité transfusionnelle
- ✓ affecter au CTNS du personnel en quantité et en qualité
- ✓ doter les CRTS en équipements de qualité

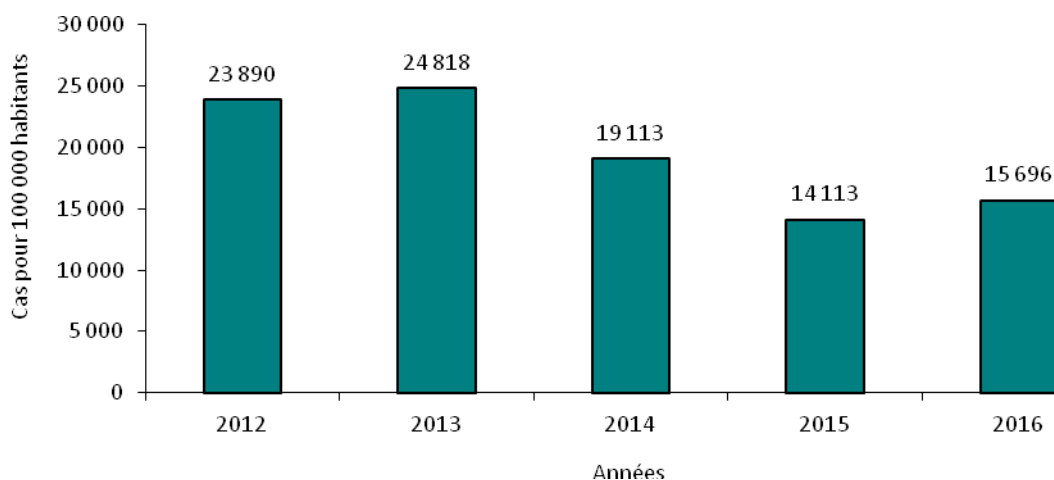
### 5.1.5 Gratuité de la prise en charge du paludisme

Au niveau du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), tous les médicaments et tests du paludisme sont gratuits. Il n'existe pas un système de gratuité spécifique par la dotation de Kits pour la prise en charge du paludisme grave. Cette gratuité au niveau du PNLP n'est pas effective au niveau des formations sanitaires, car dans le cadre du recouvrement des coûts, des tarifs sont appliqués pour les consultations en cas de paludisme, y compris la dotation en médicament essentiels et génériques (sauf pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans).

En effet, les enfants de 0 à 5 ans sont traités gratuitement pour toutes les pathologies y compris le paludisme. Quant aux femmes enceintes, elles bénéficient en plus de la gratuité de la CPN, de médicaments pour la prévention intermittente du paludisme.

Malgré les efforts consentis notamment dans la distribution des moustiquaires (campagne de distribution gratuite, baisse des prix de moustiquaires sur le marché, distribution des kits femmes enceintes...), la chimio prophylaxie saisonnière du paludisme, le traitement préventif intermittent et la prise en charge des cas qui ont permis la réduction du taux de létalité, le paludisme demeure un problème prioritaire<sup>7</sup> comme on peut le constater dans le tableau ci-dessous. La maladie représente la première cause de morbidité (24,36% de paludisme simple et 1,24 de paludisme grave) en 2016 et pèse sérieusement sur les économies des ménages. En effet, les coûts de traitement du paludisme est estimé à 4976 F CFA par enfant et à 14 928 F CFA par adulte selon les données collectées au PNLP. Par ailleurs, en 2017, le coût global de la gratuité de la prise en charge du paludisme était estimé à 376 195 150 F CFA selon la même source.

Figure 6: Incidences annuelles du paludisme de 2012 à 2016 au Niger



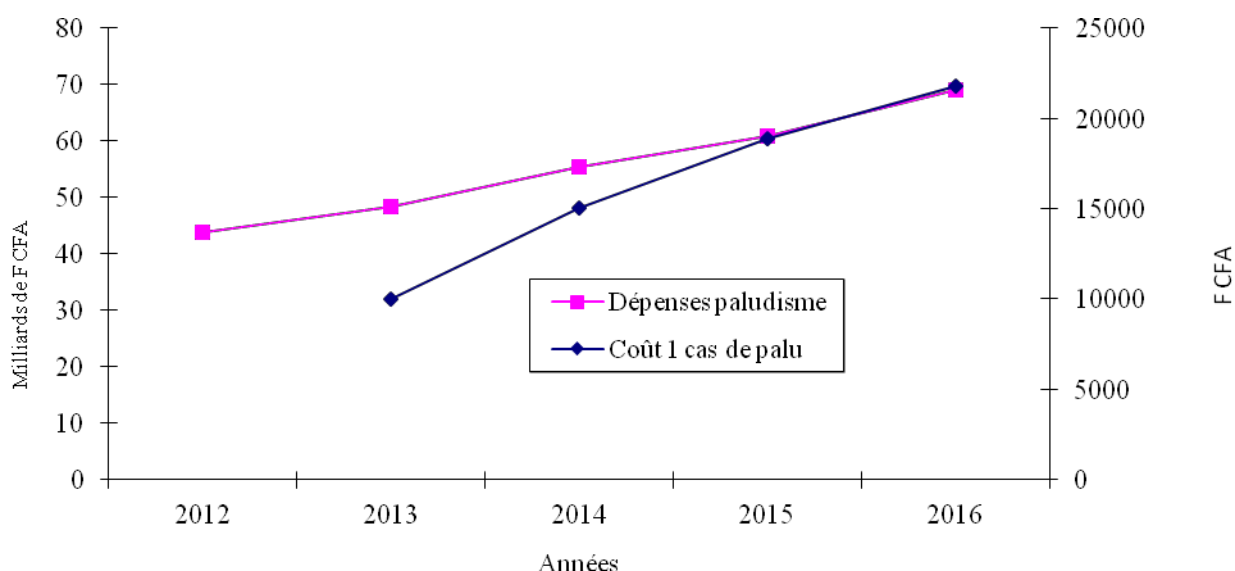
<sup>7</sup> CNS 2016

La reconstitution des stocks de médicaments et consommables de lutte contre le paludisme s'effectue à travers le pré-positionnement d'intrants par les PTF et à l'aide des subventions de l'Etat. En effet, le MSP bénéficie de l'appui financier du Fonds Mondial, de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de l'OMS, de l'USAID, de la Coopération chinoise, de MSF et du secteur privé.

Il est difficile de faire la part des coûts entre la prise en charge du paludisme au niveau de la population générale et celle chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes bénéficiaires de certaines gratuités (médicaments, MILDA) s'inscrivant dans la lutte contre le paludisme.

Dans l'ensemble les dépenses liées au paludisme, ainsi que la prise en charge d'un cas de paludisme tout niveau de soins confondu ont connu une augmentation d'année en année pendant la période allant de 2012 à 2017.

Figure 7: Evolution des dépenses liées à la lutte contre le paludisme de 2012 à 2017 au Niger



Sources : CNS 2012-2017

En vue d'assurer le suivi du fonctionnement de la gratuité de la prise en charge du paludisme, le PNLN utilise des indicateurs sur la disponibilité des médicaments et les ruptures enregistrées de médicaments.

Les principales contraintes / difficultés rencontrées sont : i) l'insuffisance de fiabilité des données transmises du terrain ; ii) l'utilisation non-rationnelle des intrants ; iii) le non-respect des directives de prise en charge<sup>8</sup>, iv) la prise en charge du paludisme est encore facturée dans le cadre du recouvrement des coûts. En plus de remédier à ces difficultés, il est impératif d'assurer un suivi régulier de la gestion des stocks pour améliorer les prestations entrant dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

<sup>8</sup> La prise en charge est effectuée même sans test diagnostic

### 5.1.6 Gratuité des SONU

Il n'existe pas un système de gratuité des subventions pour les accouchements et les SONU au Niger, excepté des prestations liées aux césariennes fournies par les Etablissement de santé publics (Décret n° 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2005 et son arrêté d'application n° 015/MSP/LCE/DGSP du 27 janvier 2006.

Cependant toutes les femmes enceintes en travail d'accouchement ou celles devant bénéficier de SONU reçoivent certaines prestations gratuites que sont : oxytocine, sulfate de magnésium, misoprostol, antibiotiques par voie parentérale, kits pour révision utérine, kits pour AMIU et oxygénation.

Les coûts de ces prestations ne sont pas maîtrisés par la Direction de la santé de la mère et l'enfant (DSME). Pour reconstituer les intrants dans le domaine des accouchements, l'Etat nigérien bénéficie des appuis de partenaires comme l'UNFPA, l'OMS, HDI, MSI, Pathfinder, Inspir etc. Il contribue également à travers des subventions accordées aux structures de santé qui assurent la prise en charge des accouchements.

Le taux d'accouchement assisté étant encore faible dans le pays 29% en 2012 (EDSN 2012) et de 45,72% en 2014 (rapport SNIS), il est recommandé de rendre les accouchements gratuits, afin d'inciter les femmes à accoucher dans les formations sanitaires, afin de réduire les décès maternels et infantiles<sup>9</sup>. En effet, comme on peut le constater à travers les données statistiques, plus de la moitié des femmes qui accouchent ne sont pas assistés par un personnel de santé qualifié ce qui les expose à des risques importants. Les césariennes qui font partie des SONU ont été pratiquées chez 17 266 femmes, pour une valeur estimée en moyenne à 55 555 F CFA F CFA<sup>10</sup> en 2016, soit un montant total de 949 630 000 F CFA.

### 5.1.7 Gratuité des produits contraceptifs et préservatifs

La gratuité des contraceptifs et préservatifs dans les établissements publics de santé est régit par l'Arrêté n° 065/MSP/LCE/DGSP/DPHL/MT du 07 avril 2006. Sa gestion relève de la Direction des études et de la programmation du MSP. Depuis sa mise en application, des milliers de femmes en âge de procréer ont bénéficié chaque année de cette gratuité. En 2016, les taux d'utilisation et d'abandon des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer sont respectivement de 27,13% et 10,18%. En 2016, on dénombre 1 068 124 utilisatrices de contraceptifs dont 338 843 pour les préservatifs<sup>11</sup>.

Les prestations fournies dans le cadre de la gratuité des produits contraceptifs et des préservatifs incluent, les actes de consultation, la pose des produits, la dotation en médicament contraceptifs, les consommables, ainsi que le suivi des personnes bénéficiaires.

---

<sup>9</sup> Rapport d'évaluation de la politique nationale de la sante, juillet 2015

<sup>10</sup> Selon le Décret 2005-316/PRN/MSP/LCE du 11 novembre 2015 les montants des ressources additionnelles sont fixés à 35000F (hôpital de district), 50000F (maternité de référence régionales et 80000F (maternité de référence nationale)

<sup>11</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2016

La compensation se fait essentiellement par la reconstitution des stocks en pré-positionnant les intrants et par les subventions de l'Etat. Les partenaires de cette gratuité sont l'UNFPA, le Fonds Commun, Pathfinder, OOAS, Amplify etc. Le système de gratuité de la prise en charge des contraceptifs chez les femmes en âge de procréer est fonctionnel, car les intrants sont disponibles ainsi que les ressources humaines pour effectuer les activités y afférentes.

### 5.1.8 Gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies

En cas d'épidémie, la prise en charge de toutes les personnes atteintes est gratuite. Cela s'inscrit dans le cadre de dotations gratuites ponctuelles de produits de santé dans les situations d'urgence dont bénéficie toute la population. Cette gratuité s'inscrit dans les Ententes entre l'Etat et les partenaires dont les principaux sont ICG (UNICEF, OMS, MSF et Croix rouge / Croissant rouge, Italie, CDC, OOAS, Associations caritatives, la Fondation islamique, les organisations de la société civile). Les collectivités et les populations participent également aux activités de prise en charge des cas pendant les épidémies.

Il n'existe pas de texte spécifique relatif à cette gratuité. Sa mise en œuvre relève de la Direction de la surveillance et de la riposte aux épidémies (DSRE) du MSP.

Le nombre de personnes ayant bénéficié chaque année des soins gratuits entrant dans le cadre des dotations ponctuelles de produits de santé dans les situations d'urgence de 2012 à 2017 est représenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3: Répartition des bénéficiaires de soins gratuits en cas de situations d'urgences liées aux épidémies au Niger, 2012-2017

| Maladies                    | 2012        | 2013        | 2014        | 2015         | 2016        | 2017        |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| Méningite                   | 314         | 357         | 327         | 8566         | 1969        | 3506        |
| Rougeole                    | 1840        | 3703        | 1036        | 6363         | 2534        | 1500        |
| Diarrhées sanglantes        | 1111        | 0           | 507         | 15           | 12          | 7           |
| Choléra                     | 5285        | 591         | 88          | 51           | 38          | 4           |
| Ebola                       | 0           | 0           | 0           | 0            | 0           | 0           |
| Autres situations d'urgence | 0           | 0           | 0           | 0            | 0           | 0           |
| <b>Total</b>                | <b>8550</b> | <b>4651</b> | <b>1958</b> | <b>14995</b> | <b>4553</b> | <b>5017</b> |

Outre les médicaments, les patients bénéficient gratuitement de tous les actes, des consommables, des vaccins et des réactifs selon le cas.

La reconstitution des stocks se fait par le pré-positionnement d'intrants avec les appuis des partenaires et de l'Etat qui a également mis en place une rubrique budgétaire spéciale pour la lutte contre les épidémies.

Bien qu'il soit difficile d'évaluer les coûts des dotations ponctuelles (multiplicité des partenaires, manque de transparence, non exigence de l'Etat etc.), la reconstitution des stocks se fait systématiquement dès qu'une épidémie est déclarée.

Cependant la DSRE fait face à un manque d'espace de stockage des intrants et au fait que certains produits n'ont pas autorisation de mise sur le marché (AMM).

La rapidité d'enlèvement des intrants à l'aéroport et leurs acheminements dans les régions ainsi que la rapidité de mobilisation du fonds de gestion des épidémies mis en place par l'Etat sont les principaux indicateurs en cas d'urgence sanitaire.

### 5.1.9 Gratuité de la prise en charge des cancers féminins

La gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé est régit par le Décret n°2007-261 / PRN du 19 juillet 2007. La mise en application de ce Décret relève du MSP à travers ses structures soins spécialisées : l'hôpital national de Niamey (HNN), la maternité Issaka Gazobi (MIG), le centre national de santé et de la reproduction (CNSR) et le centre national de lutte contre le Cancer (CNLC). La gratuité couvre toutes les prestations liées au cancer du sein, le cancer de l'utérus et de ses annexes. Les données disponibles montrent que des milliers de femmes ont bénéficié chaque année de la gratuité des prestations liées aux cancers féminins de 2014 à 2017, dans les différentes structures sanitaires (tableau 5). Les coûts de la gratuité des prestations liées aux cancers féminins sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 4: Répartition du nombre de cas de cancers féminins pris en charge par structure sanitaires de 2014 à 2017, au Niger

| Structures sanitaires | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|
| <b>HNN</b>            | 1452  | 1960  | 2224  | 1461  |
| <b>MIG</b>            | 2098  | 4017  | 4623  | 3194  |
| <b>CNSR</b>           | 19159 | 8216  | 9502  | 8644  |
| <b>CNLC</b>           | 0     | 0     | 0     | 434   |
| <b>TOTAL</b>          | 22709 | 14193 | 16349 | 13733 |

Source :

Tableau 5: Répartition de coûts de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins par structure sanitaires de 2014 à 2017, au Niger

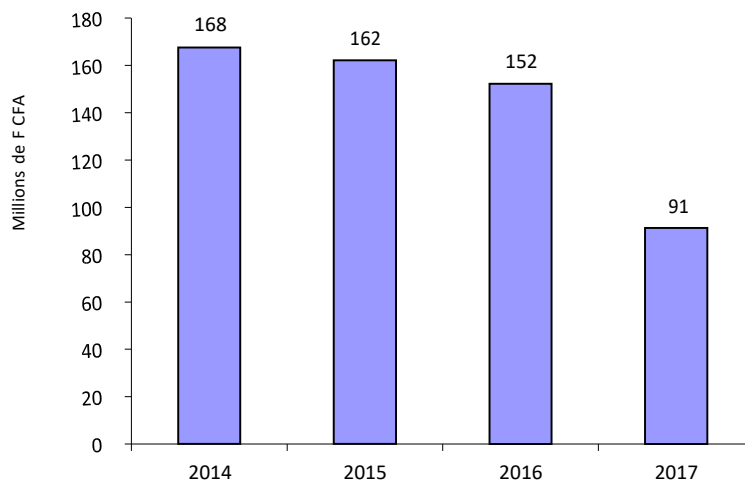
| Structures sanitaires | 2014        | 2015        | 2016        | 2017       |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| <b>HNN</b>            | 44 439 575  | 42 044 550  | 52 124 100  | 31 876 150 |
| <b>MIG</b>            | 94 400 362  | 107 423 161 | 85 915 907  | 39 971 699 |
| <b>CNSR</b>           | 28 738 500  | 12 681 000  | 14 252 500  | 12 965 500 |
| <b>CNLC</b>           | 0           | 0           | 0           | 6 510 000  |
| <b>TOTAL</b>          | 167 578 437 | 162 148 711 | 152 292 507 | 91 323 349 |

Source :

La compensation financière des coûts liés à la prise en charge des cancers féminins est assurée essentiellement par l'Etat.

On constate une baisse de l'évolution des coûts globaux de la prise en charge des cancers féminins de 2012 à 2017 (figure 8).

Figure 8: Evolution des coûts de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins de 2014 à 2017



Source : annuaires statistiques 2012 à 2017

#### 5.1.10 Gratuité des consultations prénatales

Les consultations prénatales sont rendues gratuites par Arrêté n° 079/MSP/LCE/ME/F du 26 avril 2006 portant gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans. La mise en application de cette gratuité relève de la DEP du MSP. Cette gratuité intègre également les vaccinations chez les femmes enceintes.

Les prestations fournies dans le cadre de la gratuité de la CPN sont : les actes, la dotation en fer, en acide folique et en médicaments antipaludiques, les MILDA, les carnets de suivi de la grossesse, les fiches CPN, Albendazole et le VAT. En 2016, le taux d'utilisation de la CPN<sup>4</sup> est estimé à 40,30% malgré la gratuité des CPN<sup>12</sup>. La compensation se fait essentiellement par la reconstitution des stocks en pré-positionnant les intrants avec l'appui des partenaires (UNICEF, UNFPA) et par les subventions de l'Etat. Le coût d'une CPN est estimé à 1000 F par femme enceinte et le nombre de grossesses attendus à 889 909. Le coût de cette gratuité des CPN est par conséquent estimé à 889 909 000 F CFA par an. Le système est parfois confronté à des insuffisances d'intrants et des ruptures de stocks, ainsi qu'à un manque de personnel qualifié et à la mobilité des agents.

Une meilleure coordination entre le Ministère du plan qui valide les zones d'intervention des partenaires et le Ministère de la santé pourrait pallier certaines de ces insuffisances. En effet, il se trouve que certaines zones n'ont pas de partenaires et ne sont pas couvertes par les interventions entraînant ainsi une répartition inégale voire des insuffisances d'intrants pouvant aller jusqu'à des ruptures.

<sup>12</sup> Annuaire statistiques sanitaire 2016



### 5.1.11 Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments)

La dotation en médicaments et nutriments entrant dans le cadre de la malnutrition aigue est régie par le texte Arrêté n° 079/MSP/LCE/ME/F du 26 avril 2006 portant gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans. En revanche, il n'existe pas de texte en ce qui concerne les femmes allaitantes et les adolescentes qui bénéficient également de dotations gratuites en aliments et en fer respectivement. La gestion de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue relève du MSP et plus spécifiquement de la Direction de la nutrition. Les principales cibles de cette gratuité sont les enfants de moins de 5 ans, les femmes allaitantes, les PVVIH de 0 à 5 ans, les femmes enceintes et les adolescentes.

De 2014 à 2017 en moyenne 353 359 enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition sévère et 399 675 souffrant de malnutrition modérée ont bénéficié de cette gratuité.

Le panier des prestations fournies dans le cadre la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue comporte les aliments thérapeutiques (prêt à l'emploi en cas de malnutrition sévère) et les médicaments de traitement (antibiotiques, vit A autres médicaments).

La compensation se fait essentiellement par le pré-positionnement d'intrants et les subventions de l'Etat qui reste cependant très faible.

Les principaux partenaires sont : UNICEF, PAM, OMS, ECHO (UE), PAM, MSF, Action contre la faim (ACF), Save the children et Croix rouge française.

Les coûts de ses appuis ne sont pas bien maîtrisés, néanmoins on les estime environ à 18 milliards par An. Le système de gratuité de la prise en charge de la malnutrition est opérationnel en raison de la disponibilité des intrants pour couvrir les besoins.

Les indicateurs pour le suivi du fonctionnement la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue sont :

- ✓ Prévalence de la malnutrition sévère
- ✓ Prévalence de la malnutrition aigue
- ✓ Couverture en vit A chez les enfants de 06 à 59 mois
- ✓ Fer acide folique chez les femmes enceintes
- ✓ Taux d'allaitement maternel exclusif

Les contraintes / difficultés rencontrées dans la gestion de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue se résument comme suit :

- ✓ Financement essentiellement par les partenaires
- ✓ Faible contribution de l'Etat
- ✓ Non maîtrise du financement des partenaires
- ✓ Mauvaise coordination des interventions (chevauchement des activités des partenaires)
- ✓ Difficulté à faire une cartographie des interventions des partenaires

### 5.1.12 Gratuité de la prise en charge des indigents

Dès les premières années des indépendances, le décret 64-004 MS du 28 janvier 1964 a pris des dispositions qui instaurent la prise en charge gratuite des soins, des hospitalisations et des évacuations sanitaires des personnes démunies par les Communes avec un certificat d'indigence. 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<sup>13</sup>.

Pour assurer la prise en charge des indigents, la politique nationale de protection sociale (septembre 2011) a prévu «la création d'un Fonds Spécial de Protection Sociale (FSPS) sur la base d'une quote-part du budget national représentant au moins 1% du PIB ».

Pour la mise en place 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 santé au Niger<sup>14</sup>. Force est de constater que ledit fonds n'a pas encore été mis en place.

Les données sur les indigents ont été collectées au niveau de l'hôpital national de Zinder, des centres hospitaliers régionaux de Tahoua, Maradi et Dosso, des CSME de Zinder, Tahoua et Maradi. Dans chacune de ces structures, ont été interviewées des personnes ressources, à savoir les responsables des services sociaux, des surveillantes et infirmières.

Dans toutes ces structures, il n'existe aucun organe spécifique de coordination de la prise en charge des indigents. Ce rôle est dévolu au seul service social (entité de l'organigramme des différentes structures) ne disposant dans la majorité des cas que d'un seul agent.

Il n'existe pas de critères formels sur lesquelles repose la définition des indigents. Sont considérés comme indigents, les personnes référées par les autres services de santé, les services de la promotion sociale, la police ou autres forces de l'ordre, les personnes identifiées au sein des services de soins comme ne disposant pas de ressources financières pour assurer la prise en charge des différentes prestations. Parfois, il s'agit de patients sans accompagnants vérifiés par une visite à domicile, les malades mentaux et les personnes abandonnées par leurs familles pour des causes sociales (grossesses hors mariages, orphelins etc.), les malades épuisés financièrement par de longs séjours dans les structures de santé, les cas urgents sans moyens, les handicapés, les patients souffrant de maladies chroniques et les malades mentaux. Les agents des services sociaux privilégient les entretiens avec les patients et les écoutes au niveau des communautés pour s'assurer de leur statut d'indigent.

On déplore le manque de données statistiques dans certaines structures sanitaires. Là où les données existent, elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

---

<sup>13</sup> *Stratégie de Financement de la Santé - Juin 2012 – MSP / OMS - Niger*

<sup>14</sup> *Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger. Juin 2012*

Tableau 6: Répartition des indigents pris en charge selon les structures de santé en 2017

| Structure sanitaire | Nombre indigents |
|---------------------|------------------|
| - HN de Zinder      | 707              |
| - CSME de Zinder    | 13               |
| - CHR de Tahoua     | 150              |
| - CHR Maradi        | 8                |
| - CSME de Maradi    | 46               |
| - CHR de Dosso      | 1058             |
| - HN de Niamey      | ND               |
| - HN de Lamordé     | 414              |
| - CHR de Niamey     | ND               |

Pour identifier les indigents, les services sociaux vérifie la possession d'une fiche sociale et de certificat d'indigénat délivré par les mairies et leurs enregistrements se fait sur les registre de cas sociaux.

La prise en charge des indigents incluent les prestations suivantes : consultations, soins, frais d'hospitalisation, examens de laboratoire, médicaments (y compris ceux prescrits par ordonnance), transport, alimentation et la prise en charge des frais liées à l'inhumation en cas de décès.

Les services sociaux ne disposent pas de budget, ni de fonds spéciaux pour faire face à la demande. Ils reçoivent parfois des dons financiers et en nature (savons, nattes, moutons, pagnes, riz) des bonnes volontés, des associations caritatives (Caritas), de la Diaspora (cas à Maradi). Ces ressources sont versées au niveau des gestionnaires des structures de santé. Dans tous les cas, les factures sont prises en compte dans le système comptable des structures de santé (hôpitaux, CSME) elles mêmes.

Le suivi des activités des services sociaux concernant la prise en charge gratuite des indigents qui s'effectue à travers des rapports périodiques contenant des informations sur le nombre de personnes prises en charge. Ces éléments sont intégrés au rapport des structures de santé.

Les principales difficultés liées à la prise en charge gratuite des indigents sont :

- L'inexistence de fonds spécifique (fonds social) pour la PEC des indigents
- L'insuffisance voire le manque de partenaires pour appuyer la prise en charge des indigents
- La demande toujours croissante (demande supérieure à l'offre)
- Les lenteurs administratives dans la prise de décision ne permettant pas de mener des actions immédiates, notamment dan les cas d'urgence
- Manque de moyens de déplacement pour les visites à domicile des patients
- Manque de matériel informatique
- Non disponibilité de certains médicaments

### 5.1.13 Gratuité des évacuations sanitaires

Pour gérer les évacuations sanitaires, le MSP a mis en place en 2014 une Cellule rattachée à la Direction de l'Organisation des Soins (DOS), ainsi qu'un Conseil de santé auquel les dossiers d'évacuations sont soumis pour approbation. Toutes les personnes de nationalité nigérienne sont couvertes par la gratuité des évacuations sanitaires. Celles-ci s'effectuent principalement vers les pays du Maghreb (Tunisie, Maroc), vers les pays d'Europe (Turquie, France, Belgique) et vers l'Asie en Inde.

En 2017, près de 559 personnes<sup>15</sup> ont bénéficié des évacuations sanitaires, contre 450 personnes en 2016. En 2018 au 10 décembre 2018, le montant engagé pour les évacuations sanitaires s'élève à 2 609 000 000 F CFA contre 5 401 057 282 F CFA en 2016 et 5 276 159 099 en 2017. La baisse des coûts observées en 2018 s'expliquerait par :

- Un meilleur suivi des tarifications ;
- Les campagnes d'interventions organisées au Niger par les équipes de spécialistes de certains pays partenaires ;
- La convention avec la Turquie où seul les frais de transport et d'hôtels sont pris en charge par le Niger ;
- La création d'un hôpital régional de référence à Niamey

Le système de gratuité des évacuations sanitaires est opérationnel, car une rubrique budgétaire y est consacrée et même à épuisement des fonds, les factures sont échelonnées sur les exercices suivants.

## 5.2. Situation des mécanismes assurantiels

### 5.2.1 Les 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<sup>16</sup>.

On distingue deux principales catégories de mutuelles sociales, à savoir les mutuelles socioprofessionnelles et les mutuelles communautaires.

### 5.2.2 Les mutuelles socioprofessionnelles

Les mutuelles socioprofessionnelles sont constituées de forces de défense et de sécurité, de travailleurs salariés du secteur parapublic où chaque entreprise dispose d'une sorte d'assurance interne et parfois même de sa propre structure sanitaire. Les sièges de ces mutuelles sont localisés à Niamey - la capitale. La liste de mutuelles socioprofessionnelles, les cibles, leurs années de création et des textes portant leurs créations sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

<sup>15</sup> Il s'agit précisément des factures engagées et les bénéficiaires pourraient être légèrement en dessous de ce chiffre.

<sup>16</sup> Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé, juin 2012-MSP/OMS-Niger

Tableau 7: Situation des mutuelles socioprofessionnelles au Niger, année 2018

| Nom de la mutuelle   | Catégories membres de la mutuelle                         | Année de création | Texte création                               |
|--|---|-------------------|--|
| <b>1. MUTANI</b>   | Personnel de la société nigérienne d'électricité(Nigelec) | 1991              | Règlement intérieur et procédures de gestion |
| <b>2. MUSAMAN</b>  | Magistrats  | 2014              | Non précisée                                 |
| <b>3. Mutuelle de santé GNN et PN</b>  | Garde et police nationales                                | 2016              | Arrêté n°00370/MISPD/ACR/DG APJ/DLP          |
| <b>4. Mutuelle de Santé du personnel de l'HNN</b>                              | Personnel de l'hôpital national de Niamey                 | 2009              | Statut et règlement intérieur                |
| <b>5. Mutuelle de Santé du personnel de l'HN Lamordé</b>                       | Personnel de l'hôpital national de Lamordé                | 2012              | Non précisée                                 |
| <b>6. MUTEF</b>  | Travailleurs des eaux et forêts                           | 2017              | Arrêté ministériel /73ME/DD/SG/DGEF/DL/DRH   |
| <b>7. Mutuelle de santé des agents de Niger Télécoms</b>                       | Travailleurs de télécommunications                        | 1992              | Décret 86154/PCMS/MEEP/ESM                   |
| <b>8. Mutuelle du personnel administratif et technique de l'Université AMD</b> | Personnel de l'Université                                 | 2005              | Statuts et règlement intérieur               |
| <b>9. MUTAPOSTE</b>  | Agents de la Poste  | 1986              | Règlement intérieur                          |
| <b>10. SONIDEP</b>   | Agents de la Société Nigérienne du pétrole                | Non précisée      | Non précisée                                 |
| <b>11. Mutuelle des agents des douanes</b>                                     | Agents des douanes  | 1996              | Statuts et règlement intérieur               |

Les mutuelles socioprofessionnelles couvrent les agents, les membres de leurs famille et dans certains cas les retraités. Le nombre d'adhérents, de personnes en charge et les modalités d'adhésion des retraités sont précisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8: Répartition des mutuelles socioprofessionnelles selon le nombre de bénéficiaires et les modalités d'adhésion

| Nom de la mutuelle                                      | Nombre adhérents | Nombre personnes en charge | Total bénéficiaires | Modalités adhésion retraités                                       |
|---|------------------|----------------------------|---------------------|--|
| 1. Nigelec (MUTANI)                                     | 1742             | 5 226                      | 6 968               | Ils cotisent 1000F / retraité et reçoivent tous les soins au Niger |
| 2. Mutuelle de santé des Magistrats du Niger (MUSAMAN)  | 306              | 798                        | 1 104               | NA   |
| 3. Mutuelle de santé GNN et PN                          | 14619            | 41812                      | 56 491              | Montant forfaitaire par corps                                      |
| 4. Mutuelle de Santé du personnel de l'HNN              | 290              | 1522                       | 1 812               | NA   |
| 5. Mutuelle de Santé du personnel de l'HN Lamordé       | 300              | 900                        | 1200                | NA   |
| 6. Mutuelle des travailleurs des eaux et forêts (MUTEF) | 1219             | 3657                       | 4 870               | Ils cotisent 5000 F CFA + 0,5 du traitement indiciaire             |
| 7. Mutuelle de santé des agents de Niger Télécoms       | 1014             | 6000                       | 7014                | ND   |
| 8. Mutuelle du personnel administratif et technique     | 385              | 1540                       | 1 925               | Ils payent des cotisations   |
| 9. Mutuelle des agents de la Poste (MUTAPOSTE)          | 386              | 800                        | 1 186               | avec des frais d'adhésion pour une période de cinq (05) ans        |
| 10. Mutuelle des travailleurs de la SONIDEP             | 298              | 894                        | 1 192               | Les retraités ne sont pas pris en charge                           |
| 11. Mutuelle des agents des douanes                     | 1059             | 3177                       | 4 236               | Les retraités ne cotisent pas                                      |
| <b>Total bénéficiaires</b>                              | 21618            | 66 326                     | 87 998              |  |

Les prestations prises en charge par les mutuelles socioprofessionnelles ne sont pas identiques d'une société à une autre. Il s'agit généralement des activités préventives (vaccinations, CPN etc.), de la maladie, des accidents, de la maternité, des médicaments, des hospitalisations, des évacuations sanitaires, des examens complémentaires (Imagerie, examens de laboratoires etc.). Les évacuations sanitaires ne sont pas prises en charge pour les retraités même dans les mutuelles qui autorisent leurs adhésions. Exceptionnellement MUTEF accorde un appui en cas de sinistre, de décès, et à la prise en charge de la scolarité des orphelins ; PAT intègre dans ses prestations, l'achat de verres correcteurs et MUTAPOSTE accorde un appui en cas de décès et une assistance d'urgence aux familles des adhérents décédés.

Les maladies professionnelles sont prises en charge par la CNSS. Cependant certaines entreprises assurent une prise en charge totale des accidents de travail et se font rembourser par la CNSS.

Concernant les remboursements, deux cas de figure existent, à savoir : i) le malade paie directement pour ses soins et la mutuelle le rembourse après ; ii) le malade bénéficie des soins et la mutuelle règle la facture de la structure de santé. Dans un cas comme dans l'autre, le système de ticket modérateur est pratiqué pour réduire les abus.

Les outils utilisés pour l'identification et le remboursement des bénéficiaires sont constitués de carnets individuels de santé pour chaque adhérent et sa famille, de carnets de soins, de carnets d'adhérents ou bénéficiaires, de carnets de membre, de fiche d'adhésion ou la présentation d'une ordonnance après la demande de prise en charge par un médecin.

Quant à l'enregistrement et au suivi des activités, ils s'effectuent à l'aide de fiche de suivi, de registres d'adhésion, de logiciels spécialement conçu à cet effet.

Sur le plan financier, toutes les mutuelles socioprofessionnelles ne bénéficient pas de financements externes. Leur financement est assuré par des cotisations internes dont les formules varient d'une entreprise à une autre (tableau 11).

Tableau 9: Cotisations appliquées selon les mutuelles socioprofessionnelles

| Nom de la mutuelle   | Cotisations  |
|--|--|
| <b>1. Nigelec (MUTANI)</b>                                     | 7.500 à 15.000 F CFA selon la charge familiale et la catégorie et une cotisation fixe de 3000f chaque mois   |
| <b>2. Mutuelle de santé des Magistrats du Niger (MUSAMAN)</b>  | 10.000F CFA à la création de la mutuelle en 2017 et depuis 2017 - 15000F CFA   |
| <b>3. Mutuelle de santé GNN et PN</b>                          | Cotisation en fonction des grades : hommes de rang 5000F CFA, sous-officiers 5000 F CFA, officiers 7000 F CFA, officiers supérieurs 9000 F CFA, généraux 12000 F CFA |
| <b>4. Mutuelle de Santé du personnel de l'HNN</b>              | 10 000 F CFA par mois  |
| <b>5. Mutuelle de Santé du personnel de l'HN Lamordé</b>       | Non précisé  |
| <b>6. Mutuelle des travailleurs des eaux et forêts (MUTEF)</b> | 5000FCFA charge fixe + 0,5 du traitement indiciaire par personne en charge   |
| <b>7. Mutuelle de santé des agents de Niger Télécoms</b>       | 1% du salaire de base + 0,5% du salaire de base par personne en charge   |
| <b>8. Mutuelle du personnel administratif et technique</b>     | Agents d'exécution : 3000f, agents d'encadrement : 4000f et agents de direction : 5000f  |
| <b>9. Mutuelle des agents de la Poste (MUTAPOSTE)</b>          | Agents : 1,5% du salaire de base ; Conjointe : 0,7% du salaire de base; enfant (< 21ans) 0,5% du salaire de base (MUTAPOSTE) ;                                       |
| <b>10. Mutuelle des travailleurs de la SONIDEP</b>             | 0,2% du salaire brut   |
| <b>11. Mutuelle des agents des douanes</b>                     | 10000 F CFA sur les ristournes mensuelles  |

Quant aux employeurs, ils cotisent à hauteur de : 7500F x 2/mois /adhérent (MUTANI) ; 80% des cotisations des adhérents (PAT) ; le double des cotisations (MUTAPOSTE) et Quinze pourcent (15%) du salaire brut annuel (SONIDEP).

### 5.2.3 La mutuelle générale d'assistance

La mutuelle générale d'assistance (MGA) et une mutuelle interprofessionnelle qui fonctionne de manière particulière. Elle fut créée en 2015 et dispose d'un agrément et d'un arrêté portant création pour exercer au Niger. En outre, elle immatriculée à l'ANMS.

La mutuelle couvre des personnes des secteurs, formel et informel, des professionnels libéraux et des retraités. Il s'agit de personnes qui disposent de moyens financiers pour souscrire à une assurance, mais qui n'appartiennent pas à des groupes éligibles au niveau des compagnies d'assurance. La mutuelle (MGA) s'est donc constituée en groupe pour souscrire au niveau d'une compagnie d'assurance.

Au moment de l'étude, MGA compte 87 adhérents et près de 260 bénéficiaires (en moyenne 3 personnes par adhérent). Sont pris en charge jusqu'à trois conjointes et les enfants jusqu'à 21 ans. Le montant des cotisations s'élève à 350 000 F CFA par adhérent. L'assurance aidant, la mutuelle couvre ainsi l'ensemble du territoire national, mais pour l'instant les adhérents sont constitués seulement d'habitants de Niamey-la capitale. La MGA ne bénéficie pas de financements extérieurs et a bâti sa politique sur le principe d'un développement endogène exclusif pour éviter toute dépendance vis-à-vis de l'extérieur.

Concernant les prestations, la mutuelle couvre les consultations, les actes médicaux et chirurgicaux, les médicaments, les hospitalisations, ainsi que les examens complémentaires (laboratoire, imagerie). Les évacuations sanitaires et les maladies professionnelles ne figurent pas encore dans la liste des prestations. La prise en charge des patients se fait dans des structures de soins conventionnées.

En termes d'évolution, la mutuelle s'est développée en deçà des objectifs de départ. En effet, le nombre d'adhérents est passé de 40 en 2016 à 87 en 2018. Ce qui est en deçà de l'objectif de 600 attendu pour cette période.

Les remboursements des prestations se font au niveau de la compagnie d'assurance partenaire conformément aux dispositions en vigueur.

La mutuelle dispose de tous les organes de gestion prévus (Conseil d'administration, bureau exécutif) et le suivi est fait à travers les rapports du Conseil d'administration.

Les principales difficultés rencontrées dans le fonctionnement de la mutuelle sont : la conjoncture économique, les coûts élevés des cotisations par rapport au pouvoir d'achat des populations et le fait que la logique de prévoyance ne soit pas dans les mentalités des populations, dans un pays où tout est prioritaire.

Les prévisions de développement de MGA n'étant pas atteintes, le contrat avec l'assurance privée va s'estomper et pour assurer la continuité de son fonctionnement, MGA va évoluer vers des ententes directes avec les pharmacies et les structures de soins. Selon le Président de MGA, rendre obligatoire l'assurance maladie semble l'une des options envisageable pour atteindre une couverture universelle en santé au Niger.

#### **5.2.4 Les mutuelles communautaires**

Les Présidents, vice-présidents, Secrétaire généraux, trésoriers, secrétaire et conseillers ont été interviewés dans le cadre de l'étude sur les mutuelles communautaires. Au total 23 mutuelles communautaires ont été touchées (tableau ci-dessous). Les régions d'Agadez, de Diffa et de Niamey n'ont pas de mutuelles communautaires.

Au moment de la collecte des données, toutes mutuelles n'étaient plus opérationnelles, mais la présence de membres dans les localités visitées a permis de collecter des informations rétrospectives sur celles-ci. Leur création s'est faite entre 2003 et 2015. La région de Zinder a le plus grand nombre de mutuelles (09) suivie de celle de Tillabéri (06). Sur le plan juridique, chacune des mutuelles dispose d'un agrément, de statuts et d'un règlement intérieur. Seuls neuf (09) mutuelles sur 23 déclarent avoir



connaissance de l'existence du règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA et s'y sont conformées.

Tableau 10: Situation des mutuelles sociales communautaires au Niger en 2018

| Région           | Localisation de la mutuelle | Nom de la mutuelle   | Date de création | Situation actuelle |
|------------------|-----------------------------|----------------------|------------------|--------------------|
| <b>Zinder</b>    | 1. Zinder Commune           | Al furma             | 2005             | Non fonctionnelle  |
|                  | 2. Zinder commune           | Kiwon Lafia          | 2005             | Non fonctionnelle  |
|                  | 3. Zinder Commune           | Taimakon Kai         | 2009             | Non fonctionnelle  |
|                  | 4. Zinder Commune           | Jinkai               | 2004             | Non fonctionnelle  |
|                  | 5. CSI Bandé                | Tatalin Lafiya Bandé | 2014             | Non fonctionnelle  |
|                  | 6. DS Matameye              | Lafia Djari          | 2014             | Non fonctionnelle  |
|                  | 7. DS Matameye              | Mutuelle de Matameye | ND               | Non fonctionnelle  |
|                  | 8. DS Tanout                | Koula Da Rayouwa     | 2007             | Non fonctionnelle  |
|                  | 9. DS Matameye              | Raya Karkara         | 2008             | Non fonctionnelle  |
| <b>Tahoua</b>    | 10. CSI Allakaye            | Raya Karkara         | 2010             | Non fonctionnelle  |
| <b>Tillabéri</b> | 11. Téra                    | Ceere konzo          | ND               | Non fonctionnelle  |
|                  | 12. Téra                    | Banimaté             | 2015             | Non fonctionnelle  |
|                  | 13. Filingué                | Sawki                | 2009             | Non fonctionnelle  |
|                  | 14. Say                     | M'balla              | 2009             | Non fonctionnelle  |
|                  | 15. Tillabéry               | Bonfaaba             | 2009             | Non fonctionnelle  |
|                  | 16. Tillabéry               | Diambala             | ND               | Non fonctionnelle  |
| <b>Maradi</b>    | 17. Dakoro                  | Adalki               | 2008             | Non fonctionnelle  |
|                  | 18. Madarounfa              | Tanadi               | 2007             | Non fonctionnelle  |
| <b>Dosso</b>     | 19. Boboye                  | Bombatou             | 2003             | Non fonctionnelle  |
|                  | 20. DOSSO (BEYLA 2)         | Hadinkai             | ND               | Non fonctionnelle  |
|                  | 21. Gaya                    | Gakassiney           | 2005             | Non fonctionnelle  |
|                  | 22. Loga                    | Banifondo            | 2007-2009        | Non fonctionnelle  |
|                  | 23. Loga                    | Tounda - hiney       | 2006             | Non fonctionnelle  |

Les mutuelles évoluent au sein des CSI de leurs localités respectives. Certaines ont été créées avec l'appui d'ONG (AFUA dans les régions de Zinder et Tahoua, PSI et Plan Niger dans la région de Tillabéri).

Sur le plan géographique, les mutuelles couvrent les localités où elles évoluent et quelques villages environnant. Toutes les personnes, sans distinction, sont éligibles.

Le nombre d'adhérents à une mutuelle est de l'ordre de 353 personnes (sur 11 répondants) avec des variations allant de 800 personnes (Bombatou) à 18 personnes (Banimaté).

Dans certains cas les mutuelles ont signé des conventions avec les hôpitaux de districts. Dans ce cas, les mutuelles s'érigent en tiers payant à 90% avec un ticket modérateur de 10% payé par l'adhérent. Les soins curatifs représentent l'essentiel des prestations couvertes par les mutuelles, car les activités préventives (vaccinations, CPN) sont reçues dans le cadre des gratuités correspondantes au niveau des CSI. Les adhérents et personnes en charge ne sont pas pris en charges par les mutuelles au niveau des CHR et des hôpitaux nationaux.

Concernant les remboursements, les malades bénéficient des soins et la mutuelle règle la facture de la structure de santé. Les cartes ou livrets d'adhérents, les carnets de mutuelle, les cartes de cotisation, etc. sont autant d'outils utilisés pour identifier les souscripteurs à la mutuelle. L'enregistrement des données s'effectuent à l'aide des registres des soins et des cotisations et le journal de caisse.

En matière de ressources financières, les mutuelles bénéficient essentiellement de financements internes à travers les cotisations des membres. Les appuis extérieurs sont rares. Ils sont ponctuels et émanent parfois des mairies ou des certaines ONGs (AFUA, PSI, Mercy corps) dans le cadre de la mise en place des mutuelles.

Sur le plan des cotisations, plusieurs cas de figures se présentent: i) paiement de 500 f à l'adhésion, puis 100 f pas mois; ii) paiement de 250 F à l'adhésion puis 100 f par moi; iii) Paiement de 1000 f à 2540 F par adhérent. Dans l'ensemble il y a deux types de paiement, à savoir à l'adhésion et par chaque bénéficiaire.

Les statistiques sur le développement des mutuelles en termes d'adhérents, de personnes en charge et de fonds sont quasi inexistantes et il y a eu des défaillances dans le domaine du suivi.

Le non-fonctionnement des mutuelles communautaires s'expliquerait par :

- ✓ Des détournements de fonds par certains membres ;
- ✓ Les faibles montants fixés pour l'adhésion et aussi pour les cotisations ne pouvant pas couvrir l'année ;
- ✓ Le mauvais accueil dans les structures sanitaires ;
- ✓ Le manque de suivi de la gestion des mutuelles ;
- ✓ La tenue des mutuelles par des non professionnels en matière de planification et de gestion.

### **5.2.5 L'Agence nigérienne de la mutualité en santé**

Par Décret 2015/474/PRN/MET/SS de septembre 2015 portant création et statuts, le Gouvernement a mis en place une structure dénommée Agence nigérienne de la mutualité en santé (ANMS). Les activités de l'agence ont effectivement commencé en juin 2016.

Cette institution devait répondre à une volonté politique de l'UEMOA et de l'Etat nigérien pour nationaliser le secteur de la mutualité sociale et de la protection sociale.

Seules 06 mutuelles sociales sont actuellement enregistrées à l'ANMS et il n'y a aucune contrainte obligeant les différentes mutuelles à y adhérer.

L'ANMS également n'a pas une maîtrise de la situation des mutuelles sociales à travers le pays. Un cadre de concertation est actuellement mis en place et les différents acteurs travaillent en vue d'harmoniser leurs efforts.

Un registre national d'immatriculation des mutuelles sociales (RNIMS) est mis en place à l'ANMS, qui a commencé l'enregistrement des mutuelles disposant d'un arrêté accordant agrément et des Décisions dans certains cas pour l'enregistrement des mutuelles.

L'ANMS n'a pas les moyens de sa politique. Les subventions de l'Etat représentent 42% de son budget qui demeure très insuffisant. Elle reçoit : des appuis du programme d'appui aux stratégies mutualistes de santé pour le renforcement des capacités à travers des vidéoconférences, des dotations de la CNSS en mobilier et équipements, des appuis en provenance de SOS Sahel, Profesco, Aliza et de certaines agences sœurs de la sous-région. En outre, l'ANMS ne dispose pas de moyen suffisant lui permettant d'apporter des appuis techniques et financiers à la création et/ou au fonctionnement des mutuelles sociales. Elle ne dispose également pas de moyens de déplacement lui permettant d'effectuer des déplacements sur le terrain.

Les principales difficultés / contraintes de l'ANMS sont :

- ✓ La non-vulgarisation des textes de l'UEMOA relatifs aux mutuelles sociales au niveau des acteurs
- ✓ L'ANMS n'est pas connu par les acteurs
- ✓ L'insuffisance notoire de ressources financières (uniquement les subventions de l'Etat)
- ✓ L'Etat n'a pas consenti un fonds de démarrage à l'ANMS
- ✓ L'inexistence de moyen roulant
- ✓ L'insuffisance des RH

### ***5.3. Les exemptions partielles de paiement pour des catégories de la population***

L'exemption partielle de paiement trouve son fondement dans le Décret n° 96-0456/PRN/MSP du 28 novembre 1996. Par ce Décret, sont pris en charge à 90% par l'Etat et 10% par les intéressés les coûts relatifs à la prise en charge de soins de fonctionnaires de l'Etat, des retraités, des contractuels, des agents en service civique national ainsi que les membres de leurs familles. Les prestations couvertes sont les consultations, les soins, les examens de laboratoire, les examens complémentaires la réadaptation etc. En 2017, le Niger comptait à la fonction publique 54 035 cadres, 6 487 auxiliaires et 1 188 contractuels, soit au total 61 710 fonctionnaires. Toujours en 2017, il y avait 14 255 retraités civils et 12 721 retraités militaires et paramilitaires, soit 26 971<sup>17</sup> retraités au Niger. En ajoutant les membres de leurs familles (soit 6 personnes par agent), nous obtenons au total 431 970 et 188 797 bénéficiaires pour les fonctionnaires et les retraités respectivement. Les exemptions partielles de paiement touchent au total 620 767 bénéficiaires<sup>18</sup>, soit 3,1% % de la population à qui il revient de payer seulement 10% des coûts des factures des soins de santé. En 2018, au total 7 130 personnes ont bénéficié des exemptions partielles de paiement pour un montant global de 744 382 000 F CFA<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Source : Caisse autonome des retraités (CARENI) du Niger, 2017

<sup>18</sup> Sans compter les agents du service civique national

<sup>19</sup> DRFM / MSP

## 5.4. Les autres tiers-payant

### 5.4.1 La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

La caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a été instituée par la Loi n°065-004 du 08 février 1965 abrogée et remplacée par la Loi n° 2003-34 du 05 août 2003 portant création d'un établissement public à caractère social dénommé CNSS. Ses statuts ont été adoptés par le Décret n° 2005-64/PRN/MFPP/T du 11 mars 2005.

Sur le plan couverture géographique, à part la Direction centrale, la CNSS dispose de services déconcentrés au niveau de sept (7) chefs-lieux de régions sur huit que compte le pays, deux agences à Konni et à Arlit, une (1) antenne à Gaya et cinq (5) centres de paiement à Niamey. La CNSS compte, en outre de sept (07) centres médico-sociaux dont deux (2) à Niamey, deux (2) à Maradi, un (1) à Zinder, un (1) à Agadez, un (1) à Tahoua.

Les assurés à la CNSS sont les travailleurs salariés du secteur privé et les auxiliaires du secteur public.

La CNSS a pour mission de gérer les différentes branches de sécurité sociale instituées en faveur des travailleurs salariés définis par le Code du travail de la République du Niger, à savoir :

- ✓ La branche des prestations familiales qui vise à alléger aux assurés sociaux les charges inhérentes à la naissance, l'entretien et l'éducation de l'enfant ;
- ✓ La branche des risques professionnels qui vise à prévenir les accidents du travail et des maladies professionnelles et le cas échéant à réparer les conséquences résultant de la survenue de ces risques (incapacités temporaire ou permanent et décès).
- ✓ La branche des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants qui vise à garantir un revenu au travailleur salarié admis à la retraite et en cas de décès de celui-ci à ses ayants droit.

Les prestations offertes par la CNSS sont : i) prestations familiales, ii) prestations en cas de maternité, iii) l'assistance en cas d'accidents du travail et des maladies professionnelles, iv) l'assistance en cas de vieillesse, v) prestations d'invalidité, vi) prestations de survivants en cas de décès, vii) prestations de soins médicaux

L'assiette des cotisations : les cotisations dues à la CNSS sont assises sur l'ensemble des salaires et gains, y compris les indemnités, primes et gratifications et tous autres avantages en espèce ou en nature, versés par l'employeur à son personnel salarié à l'exclusion des indemnités représentatives de remboursement de frais professionnels (CF Arrêté N°0697/MFP/T/E du 11 Juin 1997).

Les salaires à prendre en considération ne peuvent en aucun cas être inférieurs au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), soit 30047 Francs CFA.

En outre, les rémunérations dépassant un plafond annuel de 6 000 000 Francs CFA ne sont comptées que pour ce montant.

#### Les taux de Cotisations à prendre en compte

Le taux global des cotisations est de 22,15 % dont 21,65 % pour les cotisations sociales et 0,50 % pour la cotisation de l'Agence Nationale pour la Promotion de l'Emploi (ANPE).

Les 21,65 % de la CNSS se décomposent comme suit :

#### Part Patronale

- |   |        |
|---|--------|
| ✓ Branche des prestations familiales                            | 8,40 % |
| ✓ Branche des accidents du travail et maladies professionnelles | 1,75 % |
| ✓ Branche des retraites   | 6,25 % |

#### Part Salariale

- |                         |        |
|-------------------------|--------|
| ✓ Branche des retraites | 5,25 % |
|-------------------------|--------|

Les rémunérations versées au personnel fonctionnaire régulièrement détaché auprès d'un établissement public ou privé et au personnel fonctionnaire retraité et employé dans un établissement public ou privé, sont soumises aux cotisations.

Il y a lieu de retenir que les salaires des fonctionnaires détachés auprès d'un établissement public ou privé ne sont soumis que pour les cotisations de la branche des prestations familiales et celle de la branche des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles soit pour un taux global de 10,15 %.

Les personnes couvertes par les prestations de la CNSS sont les travailleurs et les membres de leurs familles âgés de moins de 21 ans ainsi que les autres populations moyennant le paiement d'un ticket de 500 F CFA pour les consultations et les soins.

Figure 9: Evolutions des effectifs à la CNSS de 2012 à 2016

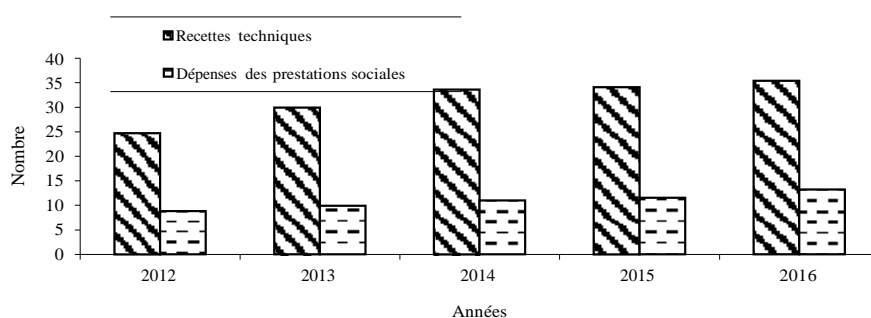
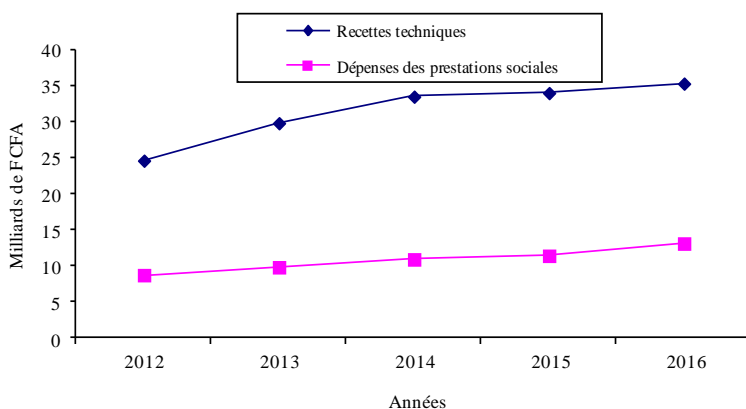


Figure 10: Evolution des recettes techniques et dépenses des prestations sociales de la CNSS



La CNSS dispose d'un système de suivi des activités avec production de rapports annuels par les organes mis en place à cet effet.

## 5.4.2 Les assurances privées

Au total, six (06) assurances privées évoluent au Niger. Il s'agit de : SNAR Leyma, NIA, MBA, SUNU, CAREN et SAHAM. L'assurance maladie figure parmi les produits de toutes les compagnies. Les individus, les familles et même des groupes de familles ne sont pas acceptés. Il s'agit exclusivement de l'assurance de groupes. Par conséquent, seuls les groupes organisés (Projet, entreprises, société, organisations internationales etc.) peuvent souscrire à des assurances de groupe.

L'assurance maladie couvre les assurés sur le territoire national, dans les pays d'Afrique l'Europe et tous les cinq Continents selon les termes des contrats. Au total on estime à 78 094 personnes assurées, soit 0,4% de la population nigérienne. Les données statistiques sur le nombre total de personnes assurées sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 11: Répartition des assurés selon les compagnies d'assurances au Niger<sup>20</sup>

| Assurance         | Bénéficiaires |
|-------------------|---------------|
| <b>CAREN</b>      | 4071          |
| <b>MBA</b>        | 3150          |
| <b>NIA</b>        | 37210         |
| <b>SAHAM</b>      | 5000          |
| <b>SNAR LEYMA</b> | 15874         |
| <b>SUNU</b>       | 12789         |
| <b>Total</b>      | 78094         |

Les prestations couvertes par les assurances sont la maladie, les accidents, la maternité, les médicaments, les hospitalisations, les examens complémentaires (Imagerie, examens de laboratoires etc..), les évacuations sanitaires ainsi que les soins dentaires, la kinésithérapie, l'orthopédie et les verres optiques (dans 3 assurances sur 6 pour ce dernier cas).

Deux types de prises en charge sont en vigueur dans les compagnies d'assurance, à savoir le remboursement des frais engagés et le système de tiers payant.

Dans le premier cas les remboursements varient de 80 à 100%% pour les prestations, excepté les évacuations sanitaires et les évacuations sanitaires où ils sont de 100% avec un plafond fixé lors des négociations avec les clients dans certaines compagnies.

Dans le second, les coûts des tickets modérateurs peuvent varier de 0 à 20%. Ce système est maintenu pour réduire les abus constatés en cas de remboursement des frais à 100% selon certains assureurs.

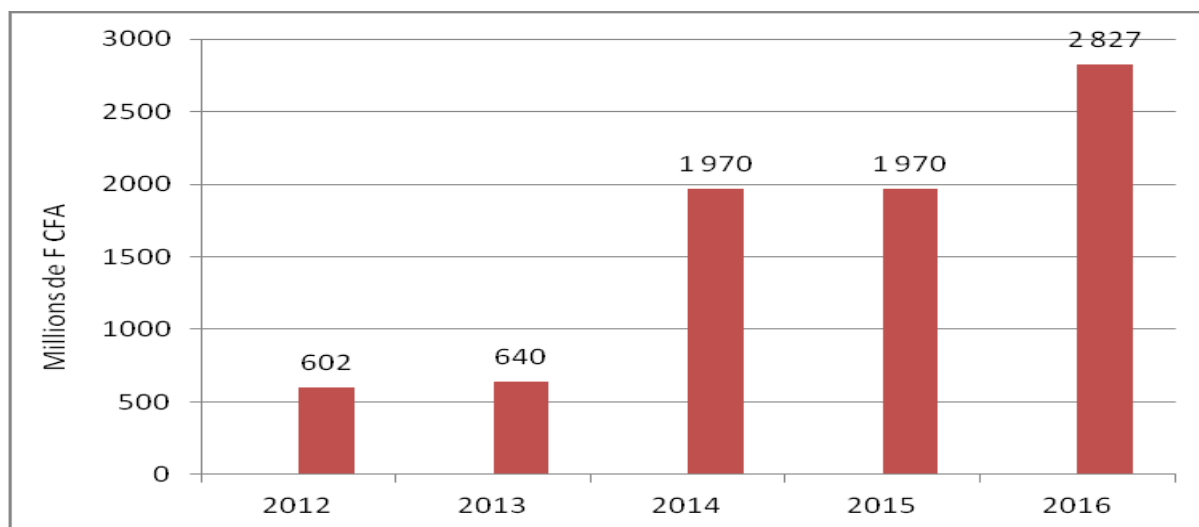
Les dépenses liées à la prise en charge des assurés en fin octobre 2018 est inférieur à 900 millions de F CFA dans chacune des 4 assurances sur 6 qui ont bien voulu communiquer ces chiffres.

Les informations sur les recettes et dépenses liées à l'assurance maladie n'ont pas été communiquées ou l'ont été partiellement par certaines assurances ne permettant pas de faire une analyse fiable.

A travers les comptes nationaux de la santé de 2012 à 2016, on peut constater, que même si ce mécanisme d'assurance couvre une infime partie de la population nigérienne, les dépenses courantes de santé des assurances commerciales connaissent une augmentation importante entre 2012 et 2016, bien qu'elles ne représentent que 1,02% des dépenses de santé en 2016 (figure ci-dessous).

<sup>20</sup> Données collectées auprès des assurances en novembre 2018

Figure 11: Evolution des dépenses courantes de santé des assurances commerciales de 2012 à 2016



Sources : comptes nationaux de la santé

### ***5.5. Fonctionnement des différents mécanismes d'assurance maladie au Niger (Force, Faiblesses, Menaces, Opportunités)***

La couverture (sanitaire) universelle consiste à « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »<sup>21</sup>.

A la lumière de cette définition de l'OMS, la situation du fonctionnement des différents mécanismes s'est focalisé sur : 1) la population couverte, 2) les services couverts et 3) les coûts et/ou mécanismes de remboursement. L'analyse du fonctionnement va porter sur les différentes gratuités et les mécanismes assurantiels décrits dans le présent document. L'analyse FFOM (Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces) s'est basée essentiellement sur les données primaires collectées auprès des principaux acteurs. La matrice utilisée pour cette analyse a permis de dégager des forces, faiblesses, opportunités et menaces des différents mécanismes de d'assurance maladie au Niger.

<sup>21</sup> [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/)

### 5.5.1 Fonctionnement de la gratuité des ARV

La gratuité des ARV est bien ciblée et concerne 18 422 personnes en 2017 (figure 1), soit **0,1% de la population nigérienne**. Il en est de même pour **les services couverts** qui sont également bien limités, mais dont les **coûts sont couverts à 100%**.

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité de la prise en charge des PVVIH |   |                                      |   |                                 |
|---|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)                      | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                                 |
|   |   | Patient                              | Etat                                      | Partenaires                     |
| Toute la population est couverte par la gratuité de la prise en charge du VIH/SIDA      | Médicaments (ARV, Cotrimoxazole) et examens de suivi biologique | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité de la prise en charge des PVVIH  |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Engagement politique affiché par la gestion du VIH/sida à la Présidence</li> <li>✓ Existence de Loi et Décrets d'application de la gratuité</li> <li>✓ Impartialité dans la prise en charge des PVVIH</li> <li>✓ Disponibilité des ARVs et des médicaments contre les maladies opportunistes</li> <li>✓ Dotation gratuite des ARV et de certains examens de laboratoire (CD4, charge virale, examens biologiques)</li> <li>✓ Accès facile aux ARV</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Certains examens de laboratoire ne sont pas pris en charge</li> <li>✓ Les coûts d'hospitalisation des PVVIH ne sont pas pris en charge</li> <li>✓ Ruptures en médicaments (ARV, et autres consommables)</li> <li>✓ Insuffisance des subventions de l'Etat</li> </ul> |
| Opportunités  | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Subvention de l'Etat</li> <li>✓ Appui des partenaires</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Baisse observée des coûts de la gratuité, alors même que le nombre de bénéficiaires est en augmentation</li> </ul>   |

### 5.5.2 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose

La gratuité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose ne concerne qu'**une seule pathologie** et ne concerne que 10 698 personnes en 2017, soit **0,05% de la population**. Les **coûts sont couverts 100%** mais restent spécifiques à la maladie.

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose |   |                                      |   |                                 |
|--|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                                 |
|  |   | Patient                              | Etat                                      | Partenaires                     |
| Toute la population est couverte par la gratuité de la prise en charge de la tuberculose                           | Antituberculeux, examens de laboratoire, frais d'hospitalisation, transport, alimentation dans certains cas | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |



| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose  |   |
|--|---|
| Forces   | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Gratuité des médicaments antituberculeux ;</li> <li>· Prise en charge gratuite des examens de laboratoire (crachat, culture, Xpert, etc.), des frais d'hospitalisation, des frais de transport, ainsi que d'autres examens complémentaires en cas de TBMR et de l'alimentation en cas de tuberculose résistante</li> <li>· Impartialité dans la prise en charge</li> <li>· Disponibilité des médicaments</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Les coûts liés aux intrants ne sont pas maîtrisés ;</li> <li>· Une baisse des dépenses liées à la lutte contre la tuberculose est observée à partir de 2015 ;</li> <li>· Des ruptures de médicaments sont parfois observées ;</li> </ul> |
| Opportunités   | Menaces   |
| Existence de plusieurs partenaires qui appuient la lutte contre la tuberculose   | Forte dépendance du financement extérieur   |

### 5.5.3 Fonctionnement de la gratuité du traitement de masse des maladies tropicales négligées

La gratuité du traitement de masse des MTN est circonstancielle. Elle s'inscrit de manière verticale dans les objectifs du programme visant à éliminer **des pathologies endémiques bien ciblées**. La prise en charge couvre l'ensemble de la population éligible dans toutes les zones endémiques du pays. **La population nigérienne couverte par cette gratuité est estimée à 22% pour la schistosomiase, 46% pour les géohelminthes, 34% pour la filariose et 19% pour le trachome en 2017.** Les services se résument en distribution des médicaments et à la sensibilisation des populations. **Les coûts sont couverts 100%.**

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité du TM des MTN  |   |                                      |   |                                 |
|--|---|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                                 |
|  |   | Patient                              | Etat                                      | Partenaires                     |
| Toutes les personnes éligibles (voir tableau 1) dans les zones endémiques sont couvertes par la gratuité de la prise en charge des MTN | Sensibilisation et traitement à l'aide des médicaments suivants :<br>Praziquantel<br>Albendazole<br>Ivermectine<br>Tétracycline pommade 1%<br>Zithromax sirop<br>Zithromax comprimé | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la gratuité du TM des MTN  |  |
|---|--|
| Forces  | Faiblesses   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes de différentes tranches d'âge bénéficient de la gratuité du TM dans les zones endémiques</li> <li>- Dotation gratuite en médicaments contre plusieurs maladies (filariose lymphatique, schistosomiase, trachome et géohelminthes).</li> <li>- Diminution du nombre de districts endémiques</li> <li>- Baisse de la prévalence des maladies endémiques</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les coûts des intrants liés à la gratuité de TM des MTN ne sont pas maîtrisés au niveau du programme.</li> <li>- Les molécules ne sont pas disponibles en quantité suffisante et en même temps pour pouvoir commencer les activités.</li> <li>- Les différents partenaires n'ont pas le même rythme des décaissements des fonds</li> <li>- Certains districts n'ont pas de partenaires financiers. Les positions figées des partenaires malgré les besoins exprimés par le MSP pour couvrir certaines zones du pays</li> <li>- Insuffisance de locaux pour abriter la coordination</li> </ul> |

| Opportunités  | Menaces  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilité des Partenaires à appuyer les efforts du MSP dans la lutte contre les MTN</li> <li>- Subventions accordées par l'Etat.</li> <li>- Appui des collectivités apportent à travers la participation de communautés aux activités de DTM.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuffisance de ressources humaines au PNLMTN</li> <li>- Forte dépendance des financements extérieurs</li> <li>-</li> </ul> |

#### 5.5.4 Fonctionnement de la gratuité du sang

La gratuité du sang concerne **un produit**, mais dont bénéficie **tous les nécessiteux** dans les différentes structures sanitaires publiques et privées du pays. Ils sont estimés à 72 994 par an sur la période 2012-2017. Les besoins sont satisfaits à 70%. Les **coûts** de tout le dispositif qui contribue à une transfusion sans risque sont **couverts à 100%**. Des estimations sont nécessaires pour déterminer la valeur des dons faits par les bénévoles et les parents des patients. En 2017, 95 706 personnes ont bénéficié de la gratuité du sang, soit **0,5% de la population nigérienne**.

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité du sang   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts   |   |   |
| Toutes les personnes nécessitant une transfusion sanguine sont couvertes par la gratuité de la transfusion sanguine | Les poches de sang<br>Les réactifs de test de validation ou rejet des poches<br>Les transfuseurs<br>Les collations pour le donneur<br>Les consommables de laboratoire, de bureau et informatique<br>Les équipements<br>La logistique + carburant<br>Les produits d'entretien<br>Les commodités comme l'eau et l'électricité | Patient  | Etat                                      | Partenaires y compris les populations bénévoles                       |
|   |   | Les patients ne paient pas.<br><br>Le coût des dons de sang par les parents de patients n'est pas évalué | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants<br><br>Dons de sang par les bénévoles |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la gratuité du sang  |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilité de donneurs bénévoles et aux parents des patients.</li> <li>✓ Nombre de poches reçues par rapports au nombre de poches attendues est de 70%</li> <li>✓ La création de CRTS à Agadez, Maradi, Tahoua, Zinder et Niamey</li> <li>✓ L'Etat nigérien subventionne le fonctionnement du CNTS et des CRTS à</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insuffisance de subvention</li> <li>✓ Insuffisance de PTF</li> <li>✓ Retard dans le déblocage des fonds</li> <li>✓ Non satisfaction complète des besoins</li> <li>✓ Manque d'un système de recouvrement (de tiers payants)</li> <li>✓ Insuffisance de sensibilisation des populations</li> <li>✓ Insuffisance du personnel en quantité et en qualité</li> <li>✓ Insuffisance de recyclage du personnel</li> <li>✓ Vétusté de certains équipements</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| hauteur de 56% du budget de la transfusion sanguine  |  |
| Opportunités   | Menaces  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Subvention acceptable de l'Etat (56%) par rapport à certains programmes de santé</li> <li>✓ Appui des PTF, des OSC et des populations bénévoles permettent d'assurer cette gratuité.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insuffisance de personnel qualifié</li> <li>✓ Vétusté de certains équipements</li> <li>✓ Grande dépendance financière des PTFs</li> </ul> |

### 5.5.5 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge du paludisme

La gratuité de la prise en charge (préventive et curative) du paludisme ne concerne **qu'une seule pathologie** qui représente cependant la première cause (plus de 25%) de morbidité dans le pays<sup>22</sup>. La **population couverte et les services concernés sont bien limités** (voir tableau ci-dessous). Pour ces groupes cibles, les médicaments, les examens et la dotation en MILDA sont **pris en charge à 100%**. On estime à 4 129 761 enfants de moins de cinq (5) ans et 638 262 femmes enceintes (nouvelles inscrites ayant reçu le PTI), soit au total 4 768 023 personnes bénéficiaires de cette gratuité en 2016<sup>23</sup>. **Le taux de couverture** de la gratuité de la prise en charge du paludisme est estimé à **25%** de la population nigérienne en 2016.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge du paludisme   |   |  |   |                                 |
|---|---|--|---|---------------------------------|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts             |   |                                 |
|   |   | Patient  | Etat                                      | Partenaires                     |
| Toutes les femmes enceintes ainsi que tous les enfants de moins de 5 ans sont couverts par la gratuité de la prise en charge du paludisme | Prévention intermittente du paludisme<br>Chimio-prophylaxie saisonnière.<br>Tests de dépistage rapide (TDR)<br>Dotations en MILDA | Les groupes cibles ne paient pas ces prestations | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la gratuité de la prise en charge du paludisme   |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Incidence de paludisme en baisse</li> <li>· Dépenses liées au paludisme en hausse</li> <li>· Dépenses liées au coût de la prise en charge d'un cas de paludisme en hausse</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Insuffisance de la fiabilité des données transmises du terrain</li> <li>· Mauvaise utilisation des intrants</li> <li>· Non-respect des directives de prise en charge<sup>24</sup>.</li> <li>· Les coûts des intrants ne sont pas maîtrisés par le PNL</li> <li>· Inexistence de kits de prise en charge de paludisme grave</li> <li>· Les médicaments pour le traitement du paludisme sont facturés dans le cadre du recouvrement de coûts dans les structures sanitaires</li> </ul> |

<sup>22</sup> Annuaire des statistiques sanitaires 2016

<sup>23</sup> Données de l'annuaire des statistiques sanitaires 2016

<sup>24</sup> La prise en charge est effectuée même sans test diagnostic

| Opportunités   | Menaces   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Engagement de l'Etat en faveur de la lutte contre le paludisme</li> <li>· Subventions accordées au PNLP</li> <li>· Appui des partenaires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Forte dépendance des financements extérieurs</li> <li>· Insuffisance de la subvention de l'Etat</li> </ul> |

### 5.5.6 Fonctionnement de la gratuité des SONU

Le Niger a une couverture de 20% en SONUC et 95% en SONUB. Les accouchements ne sont pas couverts par une quelconque gratuité. Les femmes enceintes en travail d'accouchement ou du postpartum et les nouveaux nés reçoivent des **prestations bien définies** (voir tableau ci-dessous) qui **ne couvrent pas l'ensemble des besoins** et les frais d'hospitalisation. **La population couverte est donc faible et les prestations très limitées.** Les coûts liés aux accouchements ne sont pas pris en charge à 100%. Néanmoins, les césariennes étant partie intégrante des SONU, le nombre de femmes bénéficiaires de cette gratuité est estimé 17 266<sup>25</sup>, **soit 0,1% de la population.**

| Couverture, prestations et remboursements des SONU |  |  |   |                                 |
|--|--|--|---|---------------------------------|
| Population couverte                                | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement des coûts             |   |                                 |
|  |  | Patient  | Etat                                      | Partenaires                     |
| Toutes les femmes enceintes et parturientes        | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Oxytocine</li> <li>· Sulfate de magnésium</li> <li>· Misoprostol</li> <li>· Antibiotiques par voie parentérale</li> <li>· Kits pour révision utérine</li> <li>· Kits pour curetage</li> </ul> | Les groupes cibles ne paient pas les prestations | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |
| Tous les nouveaux nés                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Réanimation et oxygénation</li> <li>· AMIU</li> <li>· Ventouse</li> </ul>   |  |   |                                 |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la gratuité des SONU |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses                                |
| Appui à toutes les femmes en travail et celles devant recevoir des SONU               | Manque de gratuité pour les accouchements |
| Opportunités  | Menaces                                   |
| Existence de partenaires<br>Subvention de l'Etat                                      | Dépendance des financements extérieurs    |

<sup>25</sup> *Annuaire des statistiques sanitaires 2016*

### 5.5.7 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies

En cas d'épidémies, les personnes atteintes par la maladie reçoivent **toutes les prestations** gratuitement et les **coûts sont pris en charge à 100%**. En outre, dans le cadre de la prévention, les populations reçoivent gratuitement les vaccinations ainsi que les messages de sensibilisation. Cette **gratuité est circonstancielle**, car n'intervient **qu'en cas d'épidémie**. La population couverte est limitée et la gratuité prend fin aussitôt l'épidémie endiguée. En 2017, les personnes qui ont bénéficiées de cette gratuité représentent **0,03% de la population**.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge des patients en cas d'épidémie               |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)                        | Mécanisme de remboursement des coûts   |  |   |
| Toute la population est couverte par la gratuité de la prise en charge des maladies à potentiel épidémique. | Actes Médicaments, Consommables, Vaccins Réactifs Hospitalisation | Patient  | Etat   | Partenaires                                     |
|   |   | Les patients en cas de maladie et les groupes cibles pour les vaccinations ne paient pas les prestations | Une rubrique budgétaire spéciale est consacrée à la lutte contre les épidémies | Appuis techniques et financiers des partenaires |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la prise en charge des patients en cas d'épidémie   |  |
|--|--|
| Forces   | Faiblesses   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Existence d'un fonds national de lutte contre les épidémies</li> <li>· Existence d'un comité multisectoriel de gestion des épidémies impliquant les PTFs</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Manque d'espace de stockage des intrants</li> <li>· Manque d'autorisation de mise sur le marché pour certaines molécules</li> <li>· Les fonds représentant la quote-part de l'Etat ne sont pas débloqués à temps</li> </ul> |
| Opportunités   | Menaces  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Appui de l'Etat</li> <li>· Existence de partenaires</li> <li>· Existence d'un cadre sous-régional de lutte contre les épidémies (ICG)</li> </ul>                    |  |

### 5.5.8 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins

La gratuité concerne **exclusivement les femmes atteintes de formes spécifiées de cancers**. Toutes autres formes de cancers en dehors de la liste prévues dans le texte ne sont pas prises en charge. **La cible et les prestations sont bien circonscrites**, mais **les coûts des prestations éligibles sont pris en charge par l'Etat à 100%**. En 2017, les personnes bénéficiaires de cette gratuité représentent **0,07%** de la population nigérienne.

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins   |  |                                      |   |                      |
|--|--|--------------------------------------|---|----------------------|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                      |
| Toutes les femmes du pays sont couvertes par la gratuité de la prise en charge des cancers féminins. | La gratuité couvre toutes les prestations liées au cancer du sein, le cancer de l'utérus et de ses annexes | Patient                              | Etat                                      | Partenaires          |
|  |  | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Dotation en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité de la prise en charge des cancers féminins  |   |
|--|---|
| Forces   | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Existence de décrets d'application de la gratuité</li> <li>· Existence de structures pour assurer la prise en charge des femmes atteintes de cancers</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Rupture en intrants</li> <li>· Insuffisance des subventions de l'Etat</li> </ul>   |
| Opportunités   | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Subvention de l'Etat</li> <li>· Appui des partenaires</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Baisse observée des coûts de la gratuité, notamment en 2017 (subvention ?)</li> <li>· Baisse progressive du nombre de bénéficiaires dont les raisons méritent d'être étudiées</li> </ul> |

### 5.5.9 Fonctionnement de la gratuité des consultations prénatales

Les consultations prénatales sont rendues gratuites par Arrêté n° 079/MSP/LCE/ME/F du 26 avril 2006 portant gratuité de la consultation prénatale et des soins aux enfants de zéro à cinq ans. La mise en application de cette gratuité relève de la DEP du MSP. Cette gratuité intègre également les vaccinations chez les femmes enceintes.

Les prestations fournies dans le cadre de la gratuité de la CPN sont : les actes, la dotation en fer, en médicaments antipaludiques et en MILDA, ainsi que les carnets de suivi de la grossesse, les fiches CPN, l'Albendazole et le VAT. En 2017, la CPN1 est à 83% et la CPN4+ est à 33%. La compensation se fait essentiellement par la reconstitution des stocks en pré-positionnant les intrants avec l'appui des partenaires (UNICEF, UNFPA) et par les subventions de l'Etat.

Le coût de la gratuité d'une CPN est estimé à 1000 F par femme enceinte. Le nombre de grossesses attendues étant estimé à 889 909 en 2016, le coût global est de l'ordre de 889 909 000 F CFA. Les principales contraintes / difficultés rencontrées sont :

- Insuffisance d'intrants
- Ruptures de stocks
- Personnel peu qualifié et instable

Une meilleure coordination entre le Ministère du plan qui valide les zones d'intervention des partenaires et le Ministère de la santé pourrait pallier certaines de ces insuffisances. En effet, il se trouve que certaines zones n'ont pas de partenaires et ne sont pas couvertes par les interventions entraînant ainsi une répartition inégale voire des insuffisances d'intrants pouvant aller jusqu'à des ruptures. La population bénéficiaire de cette gratuité est estimée à 5%

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité des consultations prénatales |   |                                      |   |                      |
|--|---|--------------------------------------|---|----------------------|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                      |
| Toutes les femmes en âge de procréer sont couvertes par la gratuité de la CPN        | Les actes, la dotation en fer + acide folique, médicaments antipaludiques, les MILDA, les carnets de suivi de la grossesse, les fiches CPN, Albendazole et le VAT | Patient                              | Etat                                      | Partenaires          |
|  |   | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Dotation en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité des consultations prénatales   |  |
|---|--|
| Forces  | Faiblesses   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un texte sur la gratuité des CPN</li> <li>Existence de structures pour assurer les CPN</li> <li>Disponibilité d'intrants pour assurer les CPN</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Insuffisance d'intrants</li> <li>Ruptures de stocks</li> <li>Personnel peu qualifié</li> <li>Mobilité du personnel</li> </ul>           |
| Opportunités  | Menaces  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Subvention de l'Etat</li> <li>Appui des partenaires pour accompagner cette gratuité</li> <li>Existence d'une Direction de la santé de la mère et de l'enfant et de ses démembrements dans les chefs-lieux de région</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de CPN4+ faible malgré la gratuité</li> <li>La sous-qualification des RH</li> <li>Forte dépendance des aides extérieurs</li> </ul> |

### 5.5.10 Fonctionnement de la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs

La population couverte par cette gratuité est importante, car il s'agit de **toutes les femmes en âge de procréer et des hommes sexuellement actifs**. Elle est estimée à 1 068 124 utilisatrices de contraceptifs, soit **5,5% de la population**. Les prestations sont **gratuites, bien limitées et concernent les services entrant dans le cadre de la contraception**. Les stocks sont reconstitués avec les subventions de l'Etat et les appuis des partenaires.

| Couverture, prestations et remboursement des produits contraceptifs et préservatifs |  |                                      |   |                                 |
|---|--|--------------------------------------|---|---------------------------------|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement des coûts |   |                                 |
| Toutes personnes désireuses de produits contraceptifs et de préservatifs            | les actes de consultation, la pose des produits, la dotation en médicament contraceptifs, les consommables, ainsi que le suivi des personnes bénéficiaires | Patient                              | Etat                                      | Partenaires                     |
|   |  | Nul                                  | Subventions / fonctionnement des services | Appui financiers et en intrants |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs  |  |
|--|--|
| Forces   | Faiblesses   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponibilité d'intrants</li> <li>· Disponibilité des ressources humaines, du matériel technique et des supports de gestion au niveau de certaines structures</li> <li>· Suivi effectif des activités.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Insuffisance de matériel technique dans les structures sanitaires</li> <li>· Insuffisance de formation des agents</li> <li>· Insuffisance de matériel informatique</li> </ul> |
| Opportunités   | Menaces  |
| Existence d'une Direction de la santé de la mère et de l'enfant et de ses démembrements dans les chefs-lieux de région   |  |

### 5.5.11 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments)

Cette gratuité concerne **une seule pathologie**, à savoir la malnutrition aigue. Les **bénéficiaires et les prestations sont bien limités** (voir tableau ci-dessous). **Les prestations couvertes sont prises en charge à 100%**. Dans ce groupe figurent les aliments thérapeutiques, la supplémentation en vitamine A et la distribution de fer pour les adolescentes. En 2016, au total 9 296 861<sup>26</sup> personnes ont bénéficié de cette gratuité, soit environ **46% de la population**.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge de la gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments)         |  |  |                             |   |
|--|--|--|-----------------------------|---|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement des coûts             |                             |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Enfants de 0 à 5 ans</li> <li>· Femmes enceintes</li> <li>· Femmes allaitantes</li> <li>· Adolescentes (fer)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Aliments thérapeutiques (prêt à l'emploi en cas de malnutrition sévère)</li> <li>· Médicaments de traitement (antibiotiques, vit A autres médicaments).</li> <li>· Fer</li> </ul> | Patient  | Etat                        | Partenaires                                     |
|  |  | Les groupes cibles ne paient pas les prestations | Faible subvention de l'état | Appuis techniques et financiers des partenaires |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la prise en charge de la gratuité de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments) |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponibilité des intrants pour couvrir les besoins</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Non maîtrise du financement des partenaires</li> <li>· Mauvaise coordination des interventions (chevauchement des activités des partenaires)</li> <li>· Difficulté à faire une cartographie des interventions des partenaires</li> </ul>   |
| Opportunités  | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Disponibilité des partenaires à appuyer le programme</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Financement essentiellement par les partenaires</li> <li>· Faible contribution de l'Etat</li> <li>· Il se crée un véritable « business » autour de la dotation en aliments dans certaines régions du pays, visant à entretenir la malnutrition pour subvenir aux besoins des familles</li> </ul> |

<sup>26</sup> Données du déparasitage en 2017



### 5.5.12 Fonctionnement de la gratuité de la prise en charge des indigents

Les **indigents** ou du moins les personnes identifiées comme tels, bénéficient d'une **prise en charge totale des prestations** en cas de maladie. Le nombre **de personnes pris en charge est très limité** en raison du manque de ressources spéciales affectées à cet effet.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge des indigents  |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement des coûts         |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Les personnes identifiées comme indigents</li> <li>· Les personnes admises aux urgences et sans moyens</li> <li>· Les handicapés,</li> <li>· Les malades mentaux.</li> </ul> | Consultations, soins, frais d'hospitalisation, examens de laboratoire, médicaments<br>alimentation et la prise en charge des frais liés à l'inhumation en cas de décès. | Patient                                      | Etat  | Partenaires   |
|   |   | Les groupe cible ne paie pas les prestations | Pas de subvention spéciale<br><br>Pas de fonds social | Dons financiers et en nature (savons, nattes, moutons, pagnes, riz) des bonnes volontés, des associations caritatives |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la prise en charge des indigents   |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| Pour la mise en place 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 santé au Niger <sup>27</sup> . | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il n'existe pas de critères formels sur lesquelles repose la définition des indigents.</li> <li>- Les services sociaux ne disposent pas de budget,</li> <li>- L'inexistence de fonds spécifique (fonds social) pour la PEC des indigents pour appuyer la prise en charge des indigents</li> <li>- La demande toujours croissante (demande supérieure à l'offre)</li> <li>- Les lenteurs administratives dans la prise de décision ne permettant pas de mener des actions immédiates, notamment dans les cas d'urgence</li> <li>- Manque de moyens de déplacement pour les visites à domicile des patients</li> </ul> |
| Opportunités  | Menaces   |
| Existence d'une politique nationale de protection sociale (septembre 2011) qui a prévu « la création d'un Fonds Spécial de Protection Sociale (FSPS) sur la base d'une quote-part du budget national représentant au moins 1% du PIB »                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistence de fonds social</li> <li>- Non prise en compte de la prise en charge des indigents dans les budgets des structures sanitaires</li> <li>- il n'existe pas un organe spécifique de coordination de la prise en charge des indigents.</li> <li>- L'insuffisance voire le manque de partenaires</li> </ul>   |

<sup>27</sup> Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger. Juin 2012

### 5.5.13 Fonctionnement de la gratuité des évacuations sanitaires

Les évacuations sanitaires couvrent les pathologies pour lesquelles la prise en charge ne peut se faire sur place au Niger. Le nombre de personnes évacuées par an est de loin **inférieur à 1000 par an**. Les **services couverts sont limités** à une ou plusieurs pathologies, mais ne peut en aucun cas couvrir tous les besoins en santé. Les **remboursements sont effectués à 100% par l'Etat**. La gratuité des évacuations sanitaires touche **0,003%** de la population nigérienne.

| Couverture, prestations et remboursement de la gratuité des évacuations sanitaires |  |                                      |             |   |
|--|--|--------------------------------------|-------------|---|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement des coûts |             |   |
|  |  | Patient                              | Etat        | Partenaires                                       |
| Toutes les populations nigériennes   | Toute pathologie pour laquelle le conseil a statué sur la nécessité d'évacuer les patients (soins, prothèses, réadaptation etc.) | Nul                                  | Subventions | Appui financiers et technique de pays partenaires |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces de la gratuité des évacuations sanitaires   |   |
|---|---|
| <b>Forces</b>   | <b>Faiblesses</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Toute la population est concernée</li> <li>· Une rubrique budgétaire est consacrée aux évacuations sanitaires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Le budget ne couvre pas les besoins</li> </ul> |
| <b>Opportunités</b>   | <b>Menaces</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Partenariat sud-sud</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>·</li> </ul>                                     |

### 5.5.14 La situation des gratuités selon les services couverts

Dans le tableau ci-dessous sont présentées les différentes gratuités selon les services couverts. Dans le cas de la prise en charge du VIH/SIDA, la gratuité ne couvre pas les frais liés aux hospitalisations.

Tableau 12: Répartition des gratuités selon le degré de couverture des services

| Gratuités totales   | Gratuités partielles                     |
|---|--|
| Gratuité des consultations prénatales   | Gratuité de la prise en charge des PVVIH |
| Gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies                      |  |
| Gratuité de la prise en charge des cancers féminins                                 |  |
| Gratuité des évacuations sanitaires   |  |
| Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aiguë (médicaments et nutriments) |  |
| Gratuité du sang  |  |
| Gratuité des médicaments de traitement de masse contre les MTN                      |  |
| Gratuité de la prise en charge du paludisme   |  |
| Gratuité des SONU   |  |
| Gratuité des produits contraceptifs et préservatifs                                 |  |
| Gratuité de la prise en charge des indigents  |  |

### 5.5.15 Populations bénéficiaires et coûts des gratuités

Les données statistiques disponibles de 2016 et de 2017 mettent en évidence que près de **87% de la population** bénéficie des différentes gratuités cumulativement pour un montant global estimé à 33 258 228 558 F CFA sans compter les indigents, les épidémies et les contraceptifs pour lesquels les données n'étaient pas disponibles. (Tableau ci-dessous)

Tableau 13: Population bénéficiaires et coûts des gratuités<sup>28</sup>

| Gratuités   | Populations bénéficiaires (%) | Coût annuel    |
|---|-------------------------------|----------------|
| 1. Gratuité de la prise en charge des PVVIH   | 0.1                           | 3 976 940 320  |
| 2. Gratuité des médicaments de traitement de masse contre les MTN                       | 46                            | 2 380 000 000  |
| 3. Gratuité du sang   | 0.5                           | 1 318 071 640  |
| 4. Gratuité de la prise en charge du paludisme  | 25                            | 376 195 150    |
| 5. Gratuité des SONU  | 0.1                           | 949 630 000    |
| 6. Gratuité des produits contraceptifs et préservatifs                                  | 5.5                           | ND             |
| 7. Gratuité de la prise en charge des patients en cas d'épidémies                       | 0.03                          | ND             |
| 8. Gratuité de la prise en charge des cancers féminins                                  | 0.07                          | 91 323 349     |
| 9. Gratuité des consultations prénatales  | 4.6                           | 889 909 000    |
| 10. Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigue (médicaments et nutriments) | 5                             | 18 000 000 000 |
| 11. Gratuité de la prise en charge des indigents  | 0.001                         | ND             |
| 12. 13. Gratuité des évacuations sanitaires   | 0.003                         | 5 276 159 099  |

Ce montant représente 11,2 % de la dépense nationale en santé qui était de 296 655 000 000 de francs CFA en 2016<sup>29</sup>.

<sup>28</sup> Données 2016 et 2017

<sup>29</sup> Comptes nationaux de la santé, 2016

## 5.6. Fonctionnement des mécanismes assurantiels

### 5.6.1 Fonctionnement des mutuelles socioprofessionnelles

Les mutuelles socioprofessionnelles couvrent uniquement des personnels de structures bien définies indiquées ci-dessous. Le **nombre de bénéficiaires est donc très limité. Toutes les prestations sont couvertes et les coûts sont couverts par les mutuelles** qui se constituent en tiers payant. Les coûts des prestations sont couverts à 20% par les bénéficiaires et à 80% par les mutuelles. Les mutuelles socioprofessionnelles assurent la couverture du risque maladie de 87 998 personnes au Niger, soit 0,4% de la population.

| Couverture, prestations et remboursement au niveau des mutuelles socioprofessionnelles                                       |   |                            |  |
|--|---|----------------------------|--|
| Population couverte  | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement |  |
|  |   | Bénéficiaire               | Mutuelle   |
| Personnel des forces de défense et de sécurité, travailleurs salariés du secteur parapublic et les membres de leurs familles | Activités préventives (vaccinations, CPN etc.), Soins, accidents, maternité, médicaments, hospitalisations, évacuations sanitaires (sauf pour les retraités), des examens complémentaires (Imagerie, examens de laboratoires etc.). | i)                         | Le malade paie directement pour ses soins et la mutuelle le rembourse;   |
|  |   | ii)                        | le malade bénéficie des soins et la mutuelle règle la facture de la structure de santé                                   |
|  |   | iii)                       | Païement du ticket modérateur en fonction des conventions  |
|  |   |                            | Rembourse les frais engagés ou les factures des structures sanitaires de 80 à 100% des coûts en fonction des conventions |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces au niveau des mutuelles socioprofessionnelles   |   |
|---|---|
| Forces  | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· La quasi-totalité des prestations sont couvertes ;</li> <li>· Dans certains cas les retraités bénéficient des prestations des mutuelles ;</li> <li>· Les mutuelles ont su faire preuve d'adaptations en rehaussant les cotisations ou les quote-parts des sociétés en cas de besoin</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Le nombre de bénéficiaire est très limité</li> </ul> |
| Opportunités  | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Expériences de certaines mutuelles socioprofessionnelles ayant plus de 10 ans d'existence</li> <li>· Existence de l'ANMS pour accompagner techniquement la mise en place et le suivi des mutuelles</li> </ul>  |   |

## 5.6.2 Fonctionnement de la mutuelle MGA

La mutuelle MGA regroupe des personnes qui ont les moyens de souscrire à une assurance, mais pour des raisons qui sont propres à ces assurances, les individus et familles ne sont pas éligibles pour souscrire à une assurance maladie. MGA s'est donc constitué en groupe et a souscrit à une assurance privée. **Toutes les prestations sont couvertes** et les remboursements sont similaires à ceux des assurances privées, mais **le nombre de bénéficiaires est très limité. La cotisation est plus importante.** La mutuelle dénommée MGA assure la couverture du risque maladie de 260 personnes, soit 0,002% de la population.

| Couverture, prestations et remboursement au niveau de la mutuelle générale d'assistance (MGA) |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)  | Mécanisme de remboursement   |  |
|   |   | Bénéficiaire   | Mutuelle   |
| Personnels des secteurs, formel et informel, des professionnels libéraux et des retraités.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- les consultations,</li> <li>- les actes médicaux,</li> <li>- les actes chirurgicaux,</li> <li>- les médicaments,</li> <li>- les hospitalisations,</li> <li>- les examens complémentaires (laboratoire, imagerie).</li> </ul> | i) Le malade paie directement pour ses soins et l'assurance le rembourse;                  | Rembourse les frais engagés ou les factures des structures sanitaires de 80 à 100% des coûts en fonction des conventions |
|   |   | ii) le malade bénéficie des soins et l'assurance règle la facture de la structure de santé |  |
|   |   | iii) Paiement du ticket modérateur en fonction des conventions                             |  |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces au niveau de la mutuelle générale d'assistance (MGA)   |   |
|--|---|
| Forces   | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Initiative nouvelle dans le pays</li> <li>· Possibilité de souscrire à une assurance maladie chez des groupes non éligibles dans les assurances privées</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Faible pouvoir d'achat des populations.</li> <li>· La culture de prévoyance n'est pas développée chez les populations</li> </ul> |
| Opportunités   | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Possibilité pour une mutuelle de collaborer avec des assurances privées</li> <li>· Existence de l'ANMS pour accompagner techniquement la mise en place et le suivi des mutuelles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· les coûts élevés des cotisations</li> <li>· Faible évolution du nombre d'adhérents</li> </ul>                                    |

### 5.6.3 Fonctionnement des mutuelles communautaires

Les mutuelles communautaires s'adressent à **tous les adhérents et personnes en charge** des zones couvertes par les 23 mutuelles recensées. La population de bénéficiaires est limitée, en revanche **toutes les prestations offertes (PMA et PCA) sont prises en charge**. Les remboursements se font par paiement direct du ticket modérateur (20%) et le remboursement du reste de la facture par la mutuelle (80%). Les coûts des cotisations sont faibles.

| Couverture, prestations et remboursement au niveau des mutuelles communautaires |  |                                     |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)                                     | Mécanisme de remboursement          |  |
| Toutes les personnes (sans distinction), sont éligibles.                        | Les prestations couvertes sont les soins curatifs au niveau des CSI et des HD. | Bénéficiaire                        | Mutuelle   |
|   |  | Le malade paie le ticket modérateur | Rembourse les factures des structures sanitaires |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces au niveau des mutuelles communautaires   |   |
|--|---|
| Forces   | Faiblesses  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Possibilité d'adhésion de toutes les populations des zones couvertes par les mutuelles</li> <li>· Toutes les prestations sont couvertes au niveau des centres de santé intégrés (PMA) et des hôpitaux de district (PCA)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Faiblesse des cotisations</li> <li>· Mauvais accueil au niveau des structures de soins</li> <li>· Faible participation des populations (faible évolution du nombre d'adhérents)</li> </ul> |
| Opportunités   | Menaces   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Expériences acquises dans la création et la gestion de mutuelles dans plusieurs régions</li> <li>· Existence de partenaires qui accompagnent la mise en place des mutuelles</li> <li>· Existence de l'ANMS pour accompagner techniquement la mise en place et le suivi des mutuelles</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>· Mauvaise gestion des ressources</li> </ul>   |

Tableau 14: Populations couvertes et coûts des mutuelles sociales de santé

| Mutuelles                | Nombre | Populations bénéficiaires | Coût annuel |
|--------------------------|--------|---------------------------|-------------|
| 1. Socioprofessionnelles | 11     | 87998                     | ND          |
| 2. Communautaires        | 23     | 0                         | ND          |
| 3. MGA                   | 1      | 260                       | ND          |
| Total                    | 35     | 88 258                    |             |

En conclusion, il existe onze (11) mutuelles socioprofessionnelles, toutes fonctionnelles au moment de l'étude avec 87 998 bénéficiaires, vingt trois (23) mutuelles non fonctionnelles et la mutuelle générale d'assistance avec 260 bénéficiaires, soit un total de 88 258 assurés (0,4% de la population nigérienne).

NB : ce pourcentage ne prend pas en compte les populations couvertes par les mutuelles communautaires non fonctionnelles.

#### 5.6.4 Fonctionnement des exemptions partielles de paiement

Les exemptions partielles de paiement concernent tous les fonctionnaires de l'Etat et les retraités. Il s'agit d'une population limitée qui représente 3,1% de la population nigérienne. La quasi-totalité des prestations sont offertes moyennant le paiement de 10% des factures par les bénéficiaires.

| Couverture, prestations et remboursement dans le cadre des exemptions partielles de paiement  |  |                             |                            |
|---|--|-----------------------------|----------------------------|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement  |                            |
| Fonctionnaires de l'Etat, des retraités, des contractuels, des agents en service civique national ainsi que les membres de leurs familles | Consultations, les soins, les examens de laboratoire, les examens complémentaires la réadaptation etc. | Bénéficiaires               | Etat                       |
|   |  | 10 % des coûts des factures | 90% des coûts des factures |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement des exemptions partielles de paiement   |            |
|---|------------|
| Forces  | Faiblesses |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Prise en charge entièrement assurée par l'Etat</li> <li>· Les factures sont toujours honorées même à l'épuisement des crédits par un système de rééchelonnement.</li> <li>· Existence d'une structure au MSP chargée de la gestion des exemptions de paiement</li> </ul> |            |
| Opportunités  | Menaces    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Engagement politique à assurer la CRM des fonctionnaires de l'Etat</li> <li>· Existence d'une ligne budgétaire</li> </ul>  |            |

## 5.7. Les autres tiers-payant

Il s'agit de la caisse nationale de sécurité sociale et des assurances privées.

### 5.7.1 Fonctionnement de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale

En 2017, au total 384 047 personnes ont bénéficié des prestations de la CNSS, soit un taux de couverture de 2% de la population nigérienne. Le coût total des prestations de la CNSS était de 13,2 milliards de F CFA en 2016.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge au niveau de la CNSS |  |                                       |  |
|---|--|---------------------------------------|--|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement            |  |
|   |  | Assuré                                | CNSS   |
| Personnel salarié et membre de leurs familles.<br>Autres personnes non assurées     | i) prestations familiales, ii) prestations en cas de maternité, iii) l'assistance en cas d'accidents du travail et des maladies professionnelles, iv) l'assistance en cas de vieillesse, v) prestations d'invalidité, vi) prestations de survivants en cas de décès, vii) prestations de soins médicaux<br>i) prestations familiales, ii) prestations en cas de maternité, iii) l'assistance en cas d'accidents du travail et des maladies professionnelles, iv) l'assistance en cas de vieillesse, v) prestations d'invalidité, vi) prestations de survivants en cas de décès, vii) prestations de soins médicaux | Branche des retraites : <b>5,25 %</b> | <b>Part Patronale</b> Branche des prestations familiales : <b>8,40 %</b><br><br>Branche des accidents du travail et maladies professionnelles : <b>1,75 %</b><br><br>Branche des retraites : <b>6,25 %</b> |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement de la CNSS  |            |
|---|------------|
| Forces  | Faiblesses |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>· Longue expérience dans le domaine de l'assurance maladie y compris les accidents du travail</li> <li>· Les autres populations peuvent fréquenter les services médico-sociaux de la CNSS</li> </ul> |            |
| Opportunités  | Menaces    |
| Instrument de l'Etat qui peut être impliqué à tout le processus de réflexion vers une couverture maladie universelle dans le pays   |            |



## 5.7.2 Fonctionnement des assurances privées

La quasi-totalité des prestations sont prises en charge par les assurances privées. Les frais sont remboursés aux assurés sur présentations de factures des structures sanitaires ou ces dernières sont directement remboursées par les assurances après services rendus. Il est demandé généralement aux assurés de payer 20% de leurs factures, afin de limiter les abus. Le taux de couverture des populations par les assurances privées représente **0,4%** pour un coût de 2 827 millions en 2016.

| Couverture, prestations et remboursement de la prise en charge au niveau des assurances privées   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Population couverte   | Panier des prestations (services couverts)   | Mécanisme de remboursement                          |  |
| Les personnels de projet, entreprises, société, organisations internationales, représentations diplomatique etc. sous forme d'assurance de groupe | les maladies de médecine générale, les accidents, la maternité, les médicaments, les hospitalisations, les examens complémentaires (Imagerie, examens de laboratoires etc.), les évacuations sanitaires ainsi que les soins dentaires, la kinésithérapie, l'orthopédie et les verres optiques dans certains cas. | Assuré  | Assurance  |
|   |  | Paie 0 à 20 % des prestations selon les conventions | Rembourse les frais engagés ou les factures des structures sanitaires de 80 à 100% des coûts en fonction des conventions |

| Forces, faiblesses, opportunités et menaces du fonctionnement des assurances privées   |  |
|--|--|
| Forces   | Faiblesses   |
| Existence de compagnies d'assurances locales permettant d'assurer la couverture santé chez une certaine catégorie de groupe de personnes | Ne sont pas éligibles des individus indépendant et leurs familles même s'ils ont les moyens de souscrire à l'assurance maladie |
| Opportunités   | Menaces  |
|  |  |

## 5.8. Analyse des gratuités et des mécanismes assurantiels au Niger

### 5.8.1 Analyse des gratuités

Les différentes gratuités mises en place par le Gouvernement du Niger visent à améliorer la santé des populations, notamment les plus vulnérables (les femmes et les enfants). Il s'agit de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies. Dans certains cas, les gratuités doivent contribuer à contrôler, à éliminer ou à éradiquer des maladies endémiques qui sévissent dans le pays.

Les gratuités touchent une grande partie de la population et les prévalences de certaines maladies sont en baisse actuellement. L'incidence du paludisme, de la tuberculose, la prévalence de MTN ainsi que le nombre de zones endémiques sont en baisse. On peut subdiviser les gratuités dans le temps (durée) et dans l'espace (géographique et nombre de personnes couvertes).

- a) Dans le temps il faut distinguer 2 catégories de gratuités, à savoir gratuité durables et temporaires:
  - *Gratuité durables* : il s'agit des gratuités accordées aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. Cette gratuité touche 86,9 % de la population.
  - *Gratuités temporaires* : elles sont limitées dans le temps, car une fois que les pathologies concernées ne représentent plus des problèmes de santé publique, ces gratuités n'auront plus leurs raison d'être ;
- b) Dans l'espace, car dans certains cas la gratuité évolue dans des zones géographiques limitées qui se resserrent au fur et à mesure des interventions. En plus, la gratuité ne touche que des catégories bien déterminées de la population. Quant il n'y aura plus de zones endémiques, la gratuité sera donc sans objet. Sur le plan des prestations, ces gratuités sont aussi limitées (toutes les prestations à conditions pour la femme d'être enceintes, à condition d'être âgé de 0 à 5 ans) ; les ARV et certaines prestations chez les PVVIH, les antituberculeux et certains examens chez les patients atteints de tuberculose ; le sang pour ceux dont la situation nécessite une transfusion sanguine, les médicaments et les MILDA pour la prévention du paludisme, la gratuité de certains médicaments en cas d'accouchement, le traitement des patients atteints de maladies à potentiel l'épidémique, le vaccinations en cas d'épidémies, aides en médicaments, nutriments et aliments en cas de malnutrition aigue etc. A l'exception des enfants de 0 à 5 ans, aucune gratuité ne couvre l'ensemble des prestations de soins et l'ensemble des pathologies. Et même dans ce cas seule une frange de la population est couverte.

**Les gratuités bien qu'elles touchent une importante partie de la population, ne permettent pas (dans la situation actuelle) d'atteindre la couverture universelle en santé.**

### 5.8.2 Analyse des mutuelles sociales de santé (communautaires et professionnelles)

Les mutuelles sociales représentent des mécanismes de solidarité permettant de couvrir le risque maladie chez une catégorie de personnes bien déterminée ainsi que les membres de leurs familles. Il s'agit des travailleurs des sociétés parapubliques (pour les mutuelles socioprofessionnelles) et les membres des communautés urbaines et rurales (pour les mutuelles communautaires). Les mutuelles communautaires sont entretenues à travers des cotisations de leurs membres et le paiement du ticket modérateur à chaque visite. Les cotisations de leurs membres sont faibles et le nombre d'adhérents est très limité. A la date de l'étude aucune mutuelle communautaire n'est opérationnelle. Quant aux mutuelles socioprofessionnelles, les montants des cotisations sont plus élevés et les employeurs apportent leurs contributions, ce qui assure leur stabilité financière.

- a) Dans le temps : Les mutuelles communautaires ne sont plus fonctionnelles. Les mutuelles socioprofessionnelles peuvent avoir des chances de survie tant que les sociétés demeureront.
- b) Dans l'espace : Les mutuelles exercent uniquement dans quelques localités du pays. Le nombre d'adhérents n'a pas connu une évolution importante depuis leurs créations. Toutes les prestations au niveau du PMA et du PCA étaient couvertes au niveau des mutuelles communautaires. En revanche, les mutuelles socioprofessionnelles couvrent l'ensemble des prestations, mais les bénéficiaires sont très limités.

**Aussi bien, les mutuelles communautaires (dans leur montage actuel au Niger) qui ont montré leur limite, que les mutuelles socioprofessionnelles (qui font preuve de stabilité) ne permettent pas de toucher toute la population et / ou toutes les prestations. Par conséquent à elles seules les mutuelles sur toutes leurs formes ne permettent pas d'atteindre la couverture universelle en santé**

### 5.8.3 Analyse des exemptions partielles de paiement et des évacuations sanitaires

Outre les gratuités, l'Etat prend en charge les coûts de toutes les **prestations à hauteur de 90%** chez tous les **fonctionnaires et retraités de l'Etat, les agents en service civique national ainsi que les membres de leurs familles**, soit environ **620 767 bénéficiaires en 2017**.

Le nombre de bénéficiaires d'évacuations sanitaires est estimé à 559 personnes en 2017. Les services couverts chez une même personne sont limités à une ou quelques pathologies. Les remboursements sont effectués à 100% par l'Etat. La gratuité des évacuations sanitaires touche 0,003% de la population nigérienne.

**Dans le temps** : Aussi bien les exemptions partielles de paiement que les évacuations sanitaires sont durables.

**Dans l'espace** : Les exemptions partielles de paiement touche un nombre assez important de personnes et concerne tous les agents de la fonction publique et les membres de leurs familles, alors que les évacuations sanitaires ne couvre qu'une population très limitée qui va baisser avec le développement du plateau technique dans les structures sanitaires du pays.

**L'exemption partielle de paiement est incontestablement l'exemple de couverture du risque maladie pris en charge directement par l'Etat et touche 3,1% de la population. Toutes les prestations sont prises en compte et les coûts payés par les bénéficiaires sont abordables (10%). Les évacuations sanitaires concernent très peu de population (0,003%) avec des prestations bien limitées, mais qui ne participent pas au paiement des factures. Ces mécanismes sont de taille, mais ne permettent pas à elles seules d'atteindre la couverture universelle en santé.**

### 5.8.4 Analyse des tiers payants (assurances privées)

Seuls les groupes organisés (Projet, entreprises, société, organisations internationales etc.) peuvent souscrire à des assurances de groupe. La couverture du risque maladie est assurée avec une large gamme des prestations, mais le nombre de personnes concernées est très faible par rapport à la population nigérienne.

- a) Dans le temps : Les assurances continueront à assurer la couverture maladie universelle.
- b) Dans l'espace : **la quasi-totalité des prestations sont couvertes, mais le nombre de bénéficiaires est très limité**

**Les assurances privées offrent la meilleure manière d'assurer une couverture maladie universelle. Elles offrent la quasi-totalité des prestations, mais à une infime partie de la population.**

### 5.8.5 Analyse des tiers payants (la CNSS)

La CNSS, offre l'assurance maladie à seulement 2% de la population. En plus des catégories de personnes éligibles, à savoir les travailleurs et membres de leurs familles, la CNSS autorise aux autres populations de recevoir des soins dans ses centres médico-sociaux. La CNSS jouit d'une longue expérience en matière de couverture maladie.

Dans le temps : La CNSS poursuivra ses activités

Dans l'espace : les prestations couvertes sont importantes, les autres populations ont accès aux centres médico-sociaux de la CNSS, le nombre de bénéficiaires restent néanmoins limité.

**La CNSS est un instrument de l'Etat qui agit à l'image des assurances privées en assurant la quasi-totalité des prestations, moyennant des cotisations des employeurs (plus consistantes que celles faites dans les mutuelles sociale), mais seulement à 2% de la population.**

## 5.9. Options de mécanismes de couverture universelle du risque maladie

La couverture universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain et sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'équité en santé est aussi un principe cardinal. Cela signifie que les pays doivent suivre les progrès non seulement au sein de la population nationale en général mais aussi au sein de différentes catégories (c'est-à-dire par niveau de revenu, sexe, âge, lieu de résidence, situation migratoire et origine ethnique). Dans la politique nationale de santé-2015, l'une des principales réformes envisagées dans le secteur représente la couverture universelle en santé.

L'étude a porté sur plusieurs mécanismes qui sont développés dans le tableau ci-dessous. Aucun des mécanismes, étudiés ne peut ni de manière isolée ou complémentaire assurer la couverture universelle du risque maladie à large échelle. Cependant chacun présente des acquis et des avantages certains dans la recherche de couverture universelle du risque maladie.

En se référant à la définition suivante : « *tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières* », le tableau ci-dessous présente la situation actuelle de la couverture actuelle du risque maladie au Niger.

Tableau 15: Situation des options actuelles de couverture du risque maladie au Niger

| Mécanismes                                  | Population couverte | Prestations | Coût pour patient |
|---|---------------------|-------------|-------------------|
| 1. Gratuité                                 | Elevée              | Elevées     | Néant             |
| 2. Exemptions de paiement                   | Faible              | Elevées     | Faible            |
| 3. Evacuations sanitaires                   | Très faible         | Elevées     | Néant             |
| 4. CNSS                                     | Faible              | Elevées     | Néant             |
| 5. Mutuelles socioprofessionnelles de santé | Très faible         | Elevées     | Faible            |
| 6. Assurances privées                       | Très faible         | Elevées     | Elevé             |
| 7. Mutuelles communautaires de santé        | Néant               | Elevées     | Faible            |

Les différents mécanismes existant ont leur spécificité :

**Les gratuités** couvrent tous les enfants de 0 à 5 ans, les femmes en CPN, les SONU (césariennes), les vaccinations, les MILDA, le TPI, le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, les MTN, la malnutrition etc. Elles couvrent **le maximum de population**, pour un **maximum de prestations** et **sans frais de paiement direct** pour les patients.

**Les évacuations sanitaires et la CNSS** offrent un **maximum de prestations, sans paiement direct à une population limitée.**

**Les exemptions de paiement et les mutuelles sociales<sup>30</sup>**, offrent un **maximum de prestations** à une **population limitée** et des cotisations et/ou **coûts directs (ticket modérateur) faibles.**

**Les assurances privées** s'adressent à une très **faible population** pour un **maximum de prestations** couvertes, mais les **coûts versés par les assurés sont élevés** et un **paiement direct de 20%** est requis au niveau des structures sanitaires.

<sup>30</sup> A noter que les mutuelles communautaires ne sont pas fonctionnelles

## **5.10. Propositions pour améliorer les différents mécanismes de couverture du risque maladie universelle**

### **5.10.1 Propositions selon les différents mécanismes**

#### **Gratuités**

1. Consolider les mécanismes de gratuités existantes ;
2. Etendre les prestations offertes dans le cadre des gratuités (étendre la gratuité de la CPN aux accouchements, la gratuité de la prise en charge des cancers féminins à tous les cancers chez les femmes etc.) ;
3. Revoir le mécanisme actuel de la gratuité en professionnalisant la fonction du tiers-payant et éventuellement recentrer certaines cibles.

#### **Exemptions de paiement**

4. Approfondir l'évaluation des exemptions de paiement de manière à disposer de toutes les informations utiles permettant de professionnaliser sa gestion en tiers-payant.

#### **Evacuations sanitaires**

5. Approfondir l'évaluation des évacuations sanitaires, afin de disposer de toutes les informations utiles permettant de consolider les acquis, de corriger les faiblesses, d'évaluer et d'améliorer son équité.

#### **Mutuelles socioprofessionnelles et communautaire de santé**

6. Consolider les acquis des mutuelles socioprofessionnelles en capitalisant leur expérience et en impliquant les acteurs dans la professionnalisation du tiers-payant au service de la politique de gratuité

### **5.10.2 Propositions à l'endroit des différents acteurs de la CMU**

#### **Gouvernement**

7. Mettre en place le fond social (FSPS) pour assurer la prise en charge des indigents, qui était prévu dans la politique nationale de protection sociale depuis 2011. Notons que le MSP 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 santé au Niger<sup>31</sup> ;
8. Evaluer et adapter les différentes gratuités, afin de les rendre plus efficace et efficientes dans l'optique d'une évolution vers la couverture universelle en santé. Il s'avère nécessaire

---

<sup>31</sup> Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger. Juin 2012

d'adopter des textes pour les gratuités existantes sans bases légales (tuberculose, maladies tropicales négligées, épidémies etc.);

9. Elaborer une stratégie nationale de développement de la couverture du risque maladie au Niger ;
10. Réactualiser et mettre en œuvre la stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger de juin 2012 ;

### **Partenaires**

11. Accompagner techniquement et financièrement le gouvernement dans le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de développement de la couverture du risque maladie au Niger

## ***5.11. Contenu et processus de développement de la couverture du risque maladie universelle au Niger***

L'étude a montré l'existence de plusieurs mécanismes pouvant contribuer à la couverture universelle du risque maladie. En effet, les gratuités, les mutuelles sociales de santé (professionnelles et communautaires), les assurances privées, la gestion des risques à travers la caisse nationale de sécurité sociale, les exemptions partielles de paiement, les évacuations sanitaires contribuent à atténuer les dépenses directes de santé des populations et peuvent donc être considérés comme des mesures de protection sociale en matière de santé.

Tous ces mécanismes présentent des avantages certains, mais aussi des inconvénients et/ou des difficultés dans leur mise en œuvre. De manière isolée aucun ne permet (idéalement) de garantir le **maximum de prestations pour toute la population et à moindre coût.**

Une précédente étude déjà mentionnée sur la politique de gratuité a proposé une première étape pour aller de la situation existante à la CMU. Il s'agit en résumé de professionnaliser le tiers-payant appliqué à la politique de gratuité concernant les enfants de moins de 5 ans et les césariennes.

La présente étude montre qu'un chantier parallèle permettra d'améliorer la situation de la protection sociale en santé : il s'agit d'améliorer les mécanismes existants qui concourent à la prise en charge de nombreuses personnes, sur de multiples prestations, à des hauteurs différentes (les 3 dimensions du « cube » de l'OMS).

De surcroît, certaines des prestations prises en charge et rappelées par la présente étude pourraient être intégrées au dispositif de refonte du tiers-payant concernant les enfants de moins de 5 ans et les césariennes. Mais finalement ces cas sont rares, car la plupart des exemptions totales ou partielles qui ont été ici décrites fonctionnent par pré positionnement d'intrants, ne concernent pratiquement que des intrants (peu de services), et sont liées à des circuits d'approvisionnement qui échappent aux prestataires. Dans ces cas, le tiers-payant n'est pas adapté car lui propose aux prestataires de se fournir de manière autonome pour être remboursés. La CPN est un exemple de prestation qui pourrait être intégrée au tiers-payant. De même, les exemptions partielles pourraient rejoindre le tiers-payant professionnalisé.



Néanmoins, si l'on parle de feuille de route vers la CMU, on voit que la priorité consiste aujourd'hui à (1) suivre les recommandations de la précédente étude sur la politique de gratuité des moins de 5 ans et des césariennes, (2) améliorer qualitativement (sans changement de dispositif) les mécanismes de gratuités existants, voire les questionner du point de vue de leur efficacité et de leur équité (typiquement les évacuations sanitaires). Dans un second temps, notamment si le temps est venu de créer une institution spécifique de tiers-payant, alors le transfert de certains de ces mécanismes pourra être envisagé.

Au titre de ces transferts, on notera que les mutuelles (sociales ou professionnelles), pourront être amenées à jouer un rôle de gestionnaire délégué pour certaines fonctions (typiquement IEC, identification des populations, contrôle des prestations).

Enfin, certaines gratuités n'ont pas vocation ni à court ni à moyen terme à être transférées dans un mécanisme de tiers-payant type «assurance maladie». La présente étude montre que de nombreuses «gratuités» sont des programmes de santé publique qui ont besoin d'une forte tutelle du Ministère de la Santé pour atteindre leurs objectifs (typiquement la lutte contre les épidémies, les MNT). Les prestations de prise en charge du VIH/SIDA et la Tuberculose tombent également dans cette catégorie mieux positionnée au démarrage au niveau de l'offre de soins que de la demande. Une fois les prises en charge totalement intégrées et les circuits de distribution ouverts à l'autonomie de gestion des prestataires, elles pourront cependant être envisagées au sein d'un panier de soins d'assurance maladie.

## CONCLUSION

Le Niger dispose de plusieurs acquis en faveur de la mise en œuvre de la couverture universelle en santé. Il s'agit des mécanismes de gratuités et des mécanismes assurantiels en vigueur dans le pays.

Cependant les difficultés / contraintes sont de taille : i) Une couverture sanitaire inférieure à 50%, ii) des mutuelles de santé qui ont cessé de fonctionner, iii) une profondeur de la pauvreté, qui s'est quasiment stabilisée autour de 13% entre 2011 et 2015 tandis que la sévérité s'est aggravée passant de 4,9% en 2011 à 5,5% en 2014. Ces taux de pauvreté sont plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, en 2014 l'incidence ressort à 52,4% en milieu rural contre 9,1% en milieu urbain.

Par ailleurs, en termes d'accès aux services de santé, plus de la moitié (51,53%) de la population doit parcourir plus de 5 kilomètres avant d'accéder aux services de santé de base. Il est également noté que malgré les efforts consentis par l'Etat ces dernières années, le pourcentage du budget de l'Etat alloué à la santé qui est d'environ 6%, reste en deçà des 15% préconisés par la Déclaration d'Abuja en 2001.

Néanmoins, le pays dispose d'atouts majeurs qui peuvent être mis à contribution, à savoir une volonté politique affichée et une gouvernance régionale et locale en construction. En effet, l'adoption par le Gouvernement de plusieurs textes (décrets et arrêtés de dévolution) portant transfert de compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités territoriales (communes et régions) dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'hydraulique et de l'environnement, représente une condition favorable à la mise en place d'une couverture maladie universelle sous forme d'**assurances territoriales de couverture du risque maladie** permettant de couvrir le risque maladie à l'ensemble des populations dans les zones géographiques respectives.

Les mutuelles communautaires notamment, ayant montré leur limite, paraît-il plus pertinent pour assurer la couverture maladie universelle à la majorité des nigériens, d'imposer **une taxe spéciale au niveau des collectivités territoriales**. L'Etat statuera sur la valeur de cette taxe selon les catégories sociales ainsi que les modalités de collecte au niveau desdites collectivités. Les collectivités se constitueront en tiers payants, car elles auront en charge la gestion des *«assurance maladie territoriales»*. Il s'agit en résumé de professionnaliser le tiers-payant appliqué à la politique de gratuité concernant les enfants de moins de 5 ans et les césariennes, d'améliorer la situation de la protection sociale en santé ainsi que les mécanismes existants qui concourent à la prise en charge de nombreuses personnes, sur de multiples prestations, à des hauteurs différentes (les 3 dimensions du « cube » de l'OMS).

A cet effet, un **fonds social** doit être mis en place par le gouvernement pour assurer les soins chez les indigents. Cette idée est déjà en cours mais n'a pas été matérialisée.

**L'Etat va également investir dans la création des «assurances maladie territoriales » et veiller à leurs octroyer des fonds de démarrage** consistants.

Un travail de **sensibilisation à large échelle de tous les acteurs** sera nécessaire avant de s'engager dans ce processus.

Des **financements innovants** seront recherchés et un dispositif de gestion et de contrôle sera mis en place dans les structures sanitaires. Les agents seront motivés dans leur travail, afin qu'ils produisent plus (quantité) et mieux (qualité) au bénéfice de l'ensemble de la population, dans le cadre de **la mise à échelle du financement basé sur les performances (FBP)**.

## BIBLIOGRAPHIE

Annuaire des statistiques sanitaires du Niger 2012, 2013, 2014, 2015, 2016

Politique Nationale de Santé, mars 2017

Ministère de la santé publique / Organisation mondiale de la santé, stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger, juin 2012

Ministère du plan, Institut national de statistique, étude sur la gratuité des soins de santé du Niger, juin 2015

Ministère de la population, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfant, politique nationale de protection sociale, septembre 2011

L'assurance maladie en Afrique francophone, améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté, Gilles Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy, éditeurs, Banque Mondiale

Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Micro-assurance santé, Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, BIT, mars 2002

ZIDA André et al. Stratégies de viabilisation de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso, 15 juin 2012

Meschac ATTINWASSONOU, Evaluation du mécanisme de couverture du risque maladie au Bénin: Une marche vers la CMU depuis 1960, 28 juillet 2012

Comptes de la santé au Niger, 2012-2016

Plan de développement économique et social 2017-2021 du Niger, septembre 2017

## **Annexes**

Termes de référence de l'Etude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes assurantiels dans la perspective de la mise en place d'une Couverture du Risque Maladie Universelle au Niger

Mars 2018

**I. Contexte et justification de l'étude**

La politique de la gratuité des soins a été introduite depuis 2006 par le gouvernement du Niger au profit de certaines catégories de la population dans le but de faciliter l'accès aux soins de santé au profit des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Il s'est agi pour le gouvernement à travers cette politique, d'accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015. Les prestations couvertes sont les consultations prénatales, les césariennes (depuis 2005), les produits contraceptifs, la prise en charge des soins préventifs et curatifs chez les enfants de moins de 5 ans (dès 2006), ainsi que la prise en charge des cancers utérins (2007). D'autres prestations de soins telles que la prise en charge du VIH, de la tuberculose et de la vaccination sont également rendus gratuites par le gouvernement bien avant la mise en vigueur de la gratuité.

Après plus d'une décennie de mise en œuvre, les quelques études effectuées ont montré une augmentation significative du taux d'utilisation des services de santé par les femmes et les enfants de moins de 5 ans en particulier. Malgré ces acquis importants en matière d'amélioration de la santé de la population en général et des groupes cibles de la gratuité en particulier, la mise en œuvre de la gratuité se trouve confrontée à d'importantes difficultés organisationnelles et financières parmi lesquelles : l'insuffisance des ressources mobilisées (allocations budgétaires, suivi des factures, etc.), le retard dans le déblocage des remboursements des factures, les lenteurs administratives dans le traitement et la transmission des dossiers, les irrégularités dans le remplissage de certaines factures au niveau des formations sanitaires qui retardent leur évolution dans le circuit de remboursement, l'insuffisance du suivi et de l'évaluation du système.

Pour pallier ces multiples insuffisances constatées dans la mise en œuvre de la politique de gratuité, plusieurs initiatives ont été prises aussi bien par le ministère de la santé publique que par les partenaires techniques et financiers intervenant dans le secteur de la santé. C'est dans ce cadre qu'une conférence nationale sur la gratuité a été organisée en 2012, conférence qui a relevé les principaux dysfonctionnements constatés et proposé des solutions. Dans le même cadre, l'Agence française de développement (AFD) appuie le MSP dans la mise en œuvre de l'Initiative Solidarité Santé Sahel (I3S) dans la région de Dosso en 2014. Ce projet vise à mettre en place des mécanismes plus performants de gestion de la gratuité en vue d'assurer un meilleur résultat de l'application de cette politique. L'Initiative est destinée à appuyer les efforts du gouvernement et de ses partenaires dans la perspective de l'atteinte des OMD, en particulier ceux liés à la santé, l'objectif étant de renforcer et de pérenniser le système d'exemption de paiement des soins pour les enfants de 0 à 5 ans et des femmes enceintes qui sont les principales cibles de la gratuité.

Au niveau du secteur privé, il existe d'autres mécanismes de prise en charge des patients à travers les assurances privées et les mutuelles communautaires ou professionnelles. Toutefois, ces mécanismes couvrent très peu la population.

Dans la perspective de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement souhaite bâtir un mécanisme de couverture du risque maladie universelle en se basant non seulement sur les acquis de la gratuité des soins, mais aussi en capitalisant les bonnes pratiques sur les autres mécanismes assurantiels (publics, privés ou communautaires) en cours dans le pays.

C'est dans cette optique que la présente étude est envisagée. Il s'agit d'aider le MSP à identifier les leçons apprises et les limites de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité et des autres mécanismes de financement de la santé et de prise en charge des patients en vue de mettre en place une couverture du risque maladie universelle. L'expérience d'autres pays ayant adopté une démarche similaire serait également exploitée.

## **II. Objectifs**

### **2.1 Objectif général**

L'objectif global de l'étude est d'aider le MSP à réaliser une étude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes d'assurance maladies en cours dans le pays dans la perspective de la mise en place de la Couverture sanitaire universelle (CSU) au Niger.

### **2.2 Objectifs spécifiques**

- ✓ Recenser et analyser les différents mécanismes assurantiels de prise en charge des patients au Niger ;
- ✓ Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion de la gratuité des soins au Niger ;
- ✓ Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion des autres mécanismes assurantiels
- ✓ Formuler des recommandations pour une évolution des mécanismes en cours vers un dispositif de couverture du risque maladie adapté au contexte (capitalisation et transformation des mécanismes).
- ✓ Formuler des propositions pour la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie approprié intégrant les autres mécanismes en cours dans le pays ;

## **III. Résultats attendus**

- ✓ Le mécanisme de la gestion de la gratuité des soins est analysé;
- ✓ La liste des différents mécanismes d'assurance maladie en cours dans le pays est établie avec une appréciation de chacun des mécanismes dans le contexte de la mise en place d'une couverture du risque maladie universelle;
- ✓ Des options de mécanismes de couverture du risque maladie universelle sont proposées ;
- ✓ Des recommandations tendant à mieux orienter le choix du gouvernement sur le dispositif de couverture du risque maladie universelle approprié et adapté au contexte national sont formulées au niveau du contenu et le processus de son développement.

## **IV. Méthodologie**

L'étude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et les autres mécanismes de prise en charge des patients dans la perspective de la mise en place de la couverture du risque maladie est une étude à la fois descriptive et analytique. Elle se focalisera sur l'analyse du fonctionnement de la politique de gratuité des soins de santé dans le cadre du système de financement de la santé et pour l'amélioration de la santé de la population en général et des groupes cibles en particulier. Cette étude décrira également les autres mécanismes d'assurance maladie en cours dans le pays et leurs possibles contributions à un possible dispositif de couverture du risque maladie universelle. Elle s'inspirera des acquis et leçons tirés des études similaires réalisées ces dernières années sur la gratuité des soins au Niger ou ailleurs en Afrique. A cet effet, une analyse documentaire et des interviews auprès des différents acteurs et partenaires intervenant dans le domaine seront réalisées. L'analyse des différents rapports d'études effectuées sur la gratuité permettra aussi de mieux cerner les contours de cette question et orienter le gouvernement vers un choix approprié du système à mettre en place dans le cadre de la CSU. Enfin une analyse des données primaires et des systèmes de gestion sera réalisée (systèmes de monitoring, de contrôle et de paiement ainsi que ses procédures et outils).

Cette étude sera réalisée sous l'égide de la Direction des Etudes et de la Programmation avec l'appui de l'OMS. La qualité de l'étude et son appropriation par la partie nationale seront sous la responsabilité d'un consultant national. Certains aspects très techniques seront assurés par un conseiller OMS ou un consultant international.

## **V. Principales tâches du consultant national**

Les tâches suivantes sont attendues du consultant :

- Identifier et décrire tous les mécanismes de la gratuité pratiqués dans le pays sur la base d'une grille standard produite avec l'appui du conseiller OMS ;
- Identifier et décrire les autres mécanismes assurantiels en vigueur dans le pays (assurances privées, mutuelles communautaires et professionnelles etc.), sur la base d'une grille standard produite avec l'appui du conseiller OMS
- Rédiger les documents attendus par l'étude
- Présenter et expliquer les résultats de l'étude aux parties prenantes lors de l'étude elle-même et dans les restitutions
- Faciliter l'appui du conseiller OMS pour ce qui concerne les rencontres, l'accès à l'information et aux données

- Apporter des éléments de contexte dans le cadre de l'élaboration des recommandations sur les options et le processus pour aller vers la couverture du risque maladie universelle.

➤ .

**VI. Appui du conseiller OMS**

Le Conseiller OMS appuiera le consultant national sur les aspects suivants :

- Elaboration d'une grille pour décrire les mécanismes
- Approfondissement de l'analyse du dispositif de gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans
- Prise en compte de l'expérience internationale dans les recommandations
- Recommandations concernant l'évolution des mécanismes vers un dispositif de couverture du risque maladie universelle

**VII. Durée de l'étude**

L'étude s'étalera sur un mois de travail réparti comme suit :

- ✓ Préparation de la mission (revue documentaire, méthodologie, élaboration des outils de collecte des données) : 5 jours
- ✓ Organisation de la collecte des données : 12 jours
- ✓ Analyse des données : 5 jours
- ✓ Rédaction du rapport provisoire : 5 jours
- ✓ La restitution du rapport provisoire : 1 jour
- ✓ Finalisation du rapport : 2 jours.

L'appui du conseiller OMS se fera à distance en amont de la collecte de données et in situ en accompagnement du consultant national sur une durée de 5 à 10 jours.

|                     | Semaine 1               | Semaine 2 | Semaine 3                      | Semaine 4           |
|---------------------|-------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------|
| Consultant national | Préparation et collecte | Collecte  | Collecte, Analyse, Restitution | Ecriture du rapport |
| Conseiller OMS      | Appui à distance        |           | Mission                        |                     |

**VIII. Profil et qualifications du consultant national**

L'expert national chargé de la réalisation de cette étude aura le profil suivant :

- ✓ Formation universitaire (Bac + 5 ans minimum) en Santé publique ou en Economie de la santé;
- ✓ Avoir une expérience professionnelle d'au moins 5 ans dans le domaine du financement de la santé ou de la protection sociale, y compris les mécanismes d'assurance maladie en Afrique ;
- ✓ Avoir une expérience avérée dans le domaine des mécanismes de gratuité et assurantiels ;
- ✓ Avoir de bonnes connaissances sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé ;
- ✓ Avoir une capacité d'analyse, de synthèse et de rédaction en langue française ;
- ✓ Avoir un esprit d'initiative et de bonnes relations interpersonnelles et une capacité de travailler en équipe ;
- ✓ Avoir une excellente maîtrise de la langue française et d'excellentes capacités de communication ;
- ✓ Avoir une très bonne maîtrise des outils informatiques tels que : Word, Excel, PowerPoint etc.
- ✓ Avoir une excellente connaissance du contexte public national, en particulier pour ce qui concerne les secteurs de la santé, de la protection sociale en santé et des finances.

**Protocole d'étude pour déterminer les gratuités et les mécanismes assurantiels en vigueur au Niger dans la perspective de la mise en place d'une Couverture du Risque Maladie Universelle**

Niamey, septembre 2018

|              |  |                                    |
|--------------|--|------------------------------------|
| I.           | Contexte et justification.....                                       | 66                                 |
| II.          | Objectifs .....  | 66                                 |
| III.         | Résultats attendus .....   | 66                                 |
| IV.          | Méthodologie.....  | 67                                 |
| 4.1.         | Type d'étude.....  | 67                                 |
| 4.2.         | Cible .....  | 67                                 |
| 4.3.         | Echantillonnage .....  | 67                                 |
| 4.4.         | Sources d'informations et type de variables.....                     | 67                                 |
| 4.5.         | Collecte des données .....   | 67                                 |
| 4.6.         | Outils de collecte .....   | 68                                 |
| 4.7.         | Traitement et analyse des données .....                              | 68                                 |
| 4.8.         | Présentation des résultats.....                                      | 68                                 |
| 4.9.         | Rédaction des rapports .....   | 68                                 |
| 4.10.        | Diffusion des résultats .....  | 68                                 |
| Annexes..... | <b>Erreur ! Signet non défini.</b>                                   |                                    |
| Annexe 1 :   | Liste provisoire des compagnies d'assurances à Niamey .....          | 69                                 |
| Annexe 2 :   | Liste des mutuelles socioprofessionnelles de santé au Niger .....    | 70                                 |
| Annexe 3 :   | Liste des mutuelles communautaires de santé au Niger .....           | 70                                 |
| Annexe 4 :   | chronogramme des activités : Du 10 septembre au 09 octobre 2018..... | 71                                 |
| Annexe 5 :   | les questionnaires .....   | <b>Erreur ! Signet non défini.</b> |



## I. Contexte et justification<sup>32</sup>

La politique de la gratuité des soins a été introduite depuis 2006 par le gouvernement du Niger au profit de certaines catégories de la population dans le but de faciliter l'accès aux soins de santé au profit des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes. Il s'est agi pour le gouvernement à travers cette politique, d'accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015.

Les prestations couvertes sont les suivantes : la prise en charge du VIH, de la tuberculose, de la vaccination, des consultations prénatales, des césariennes, de produits contraceptifs, de la prise en charge des soins préventifs et curatifs chez les enfants de moins de 5 ans et de la prise en charge des cancers utérins

Au niveau du secteur privé, il existe d'autres mécanismes de prise en charge des patients à travers les assurances privées et les mutuelles communautaires ou professionnelles. Toutefois, ces mécanismes couvrent très peu la population.

Dans la perspective de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle (CSU), le gouvernement souhaite bâtir un mécanisme de couverture du risque maladie universelle en se basant non seulement sur les acquis de la gratuité des soins, mais aussi en capitalisant les bonnes pratiques sur les autres mécanismes assurantiels (publics, privés ou communautaires) en cours dans le pays.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude qui doit contribuer à identifier les leçons apprises et les limites de la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité et des autres mécanismes de financement de la santé et de prise en charge des patients en vue de mettre en place une couverture du risque maladie universelle.

## II. Objectifs

### C. Objectif général

L'objectif global de l'étude est d'aider le MSP à réaliser une étude pour déterminer les acquis de la gratuité des soins et des autres mécanismes d'assurance maladies en cours dans le pays dans la perspective de la mise en place de la Couverture sanitaire universelle (CSU) au Niger.

### D. Objectifs spécifiques

- f. Recenser et analyser les différents mécanismes assurantiels de prise en charge des patients au Niger ;
- g. Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion de la gratuité des soins au Niger ;
- h. Analyser et apprécier la fonctionnalité du mécanisme de financement et de gestion des autres mécanismes assurantiels
- i. Formuler des recommandations pour une évolution des mécanismes en cours vers un dispositif de couverture du risque maladie adapté au contexte (capitalisation et transformation des mécanismes).
- j. Formuler des propositions pour la mise en place d'un dispositif de couverture du risque maladie approprié intégrant les autres mécanismes en cours dans le pays ;

## III. Résultats attendus

- e. Le mécanisme de la gestion de la gratuité des soins est analysé;

---

<sup>32</sup> TDRs de la présente consultation

- f. La liste des différents mécanismes d'assurance maladie en cours dans le pays est établie avec une appréciation de chacun des mécanismes dans le contexte de la mise en place d'une couverture du risque maladie universelle;
- g. Des options de mécanismes de couverture du risque maladie universelle sont proposées ;
- h. Des recommandations tendant à mieux orienter le choix du gouvernement sur le dispositif de couverture du risque maladie universelle approprié et adapté au contexte national sont formulées au niveau du contenu et le processus de son développement.

## IV.Méthodologie

### 4.1. *Type d'étude*

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique portant sur les mécanismes d'assurance maladie en cours ainsi que leurs apports à un éventuel dispositif de couverture du risque maladie universelle au Niger.

### 4.2. *Cible*

Les structures en charge des différentes gratuités instaurées par l'Etat nigérien, les compagnies d'assurance, les mutuelles professionnelles et communautaires, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), le fonds social et l'Agence Nigérienne des Mutuelles de Santé (ANMS). Concernant les gratuités, il s'agit des structures de prise en charge du VIH, de la tuberculose, du paludisme (*chimio prophylaxie saisonnière et kit d'urgence de prise en charge du paludisme grave*), de la vaccination, des consultations prénatales, des césariennes, des produits contraceptifs, de la dotation en sang, de la dotation ponctuelle en produits de santé dans les situations d'urgence ainsi que des cancers utérins. Toutefois ne seront pas prises en compte dans la présente étude la gratuité des moins de 5 ans et de la santé de la reproduction qui ont déjà été analysées dans une récente étude.

### 4.3. *Echantillonnage*

Seront incorporées dans cette étude, toutes les structures ayant en charge la mise en œuvre des différentes gratuités instaurées au Niger, les compagnies d'assurances (annexe 1), les mutuelles socioprofessionnelles (annexe 2), les mutuelles communautaires (annexe 3) actuellement fonctionnelles, la CNSS, l'ANMS et le Fonds social ainsi que le PNLT, le PNLN, l'ULS, le PNLMT, le CNTS, le DSRE, la DSR, la DI

### 4.4. *Sources d'informations et type de variables*

Revue de la littérature : Il sera procédé à la collecte de variables aussi bien qualitatives que quantitatives à travers les documents nationaux (textes législatifs, politiques, stratégies, rapports du MSP, évaluations, CNS etc.) et internationaux (exemples dans les pays de la sous-région notamment), ainsi que le rapport du Conseiller en politique de financement pour la CSU (OMS/AFRO) seront exploités.

Questionnaires : les données collectées auprès des responsables des structures concernées par l'étude contenant également des variables quantitatives et qualitatives.

### 4.5. *Collecte des données*

Les données seront recueillies lors de la revue documentaire et collectées par le consultant national auprès de toutes les structures concernées par cette étude se trouvant dans la ville de Niamey (point 4.3). Les responsables concernées des structures seront interviewés à cet effet. Une équipe de la DEP

sera chargée de la collecte des données auprès des responsables des mutuelles communautaires sur le terrain dans différentes régions<sup>33</sup>.

#### ***4.6. Outils de collecte***

Des outils de collecte de données (questionnaires) seront élaborés sur la base d'une grille standard produite avec l'appui du conseiller de l'OMS. Il s'agit de questionnaires adressés aux structures en charge des gratuités, aux compagnies d'assurances, aux mutuelles socioprofessionnelles, aux mutuelles communautaires, à la CNSS, à l'ANMS, aux fonds social et aux différentes structures du MSP (annexe 5).

#### ***4.7. Traitement et analyse des données***

Les données seront saisies dans le programme Excel où tous les calculs, graphiques et tableaux seront effectués avant d'être importés dans Word.

#### ***4.8. Présentation des résultats***

Les résultats seront présentés aux différentes parties prenantes (OMS, DEP et autres structures du MSP) sous forme de présentation power Point après consultations avec le Conseiller de l'OMS.

#### ***4.9. Rédaction des rapports***

Deux rapports seront élaborés à la fin de la mission, à savoir le rapport de l'étude et le rapport du déroulement de la consultation dont le chronogramme est présenté en annexe 4. Ils seront transmis à l'OMS.

#### ***4.10. Diffusion des résultats***

La diffusion des résultats relève des commanditaires de la présente étude.

---

<sup>33</sup> Synthèse de rapport fournie par M. Midou Kailou

## Annexes du protocole

Liste provisoire des compagnies d'assurances à Niamey

| Assurances                             | Adresse du siège social   |
|--|---|
| SUNU                                   | SUNU ASSURANCES VIE NIGER<br>Assurances<br>Rue de Kalley<br>BP 423<br>Niamey - Niger  |
| CAREN                                  | Avenue du Général de gaule, Immeuble El Nasr<br>Bp 733<br>Niamey, Niger   |
| SNAR LEYMA                             | SNAR-LEYMA<br>Assurances<br>BP 426, Niamey<br>Niamey - Niger<br>Tel: (+227) 20 74 15 59   |
| NIA                                    | NIA<br>Assurances<br>BP 13300<br>Niamey - Niger<br>Tel: (+227) 20 73 73 36  |
| SAHAM                                  | SAHAM ASSURANCE NIGER<br>Assurances<br>IB 56, Boulevard Mali Béro, à coté de l'échangeur<br>Niamey - Niger<br>Tel: (+227) 20 35 24 41 |
| SHALSON NIGER                          | Assurances<br>Rue, ST8, Kalley Amirou<br>BP 11566<br>Niamey - Niger<br>Tel : (+227) 20 73 64 87                                       |
| GRAS SAVOYE NIGER                      | 8, Rue du grand Hôtel, quartier terminus, face dragon d'or<br>BP 10661<br>Tel : (+227)20744023  |
| MBA NIGER (MUTUAL BENEFITS ASSURANCES) | 2765, Boulevard de l'Indépendance, Rond Point gadafawa<br>BP 11924<br>Tel : (+227) 20350332   |
| ASCOMA NIGER                           | Boulevard des Zarmakoy, Rue YN-12, Plateau<br>BP 299<br>Niamey Nier<br>Tel : (+227) 20352177  |

Liste des mutuelles socioprofessionnelles de santé au Niger

|   |
|---|
| 1. Nigelec  |
| 2. Société nigérienne de télécommunications (SONITEL)             |
| 3. Douane   |
| 4. Office National des Postes et de l'Épargne (ONPE)              |
| 5. Société Nationale des Transports du Niger (SNTN)               |
| 6. Société Nigérienne des Transport Voyageurs (SNTV)              |
| 7. Police   |
| 8. Mutuelles nigérienne des militaires                            |
| 9. Mutuelles nigériennes des travailleurs de la fonction publique |
| 10. Eaux et forêts  |

Liste des mutuelles communautaires de santé au Niger<sup>34</sup>

| <i>Mutuelles communautaires</i> | <i>District sanitaire</i> | <i>Nombre de village couvert</i> |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Agadez                          |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
| Diffa                           |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
| Dosso                           |                           |                                  |
| Beyla 2                         | Dosso                     | Beyla 2+ 15 villages             |
| Bombatou                        | Boboye                    | Village de Kourfaré              |
| Tounda-hiney                    | Loga                      | CU Loga                          |
| Banifondo"                      | Loga                      | Villa de Sargadji                |
| Dobani                          | Loga                      | Village de Kogou                 |
|                                 |                           |                                  |
| Maradi                          |                           |                                  |
| Tanadi                          | Madarounfa                | CU Madarounfa et Barzaga         |
| Dadin Kowa                      | Guidan Roumji             | CU de Guidan Roumji              |
| Adaltchi                        | Dakoro                    | CU de Dakoro                     |
|                                 |                           |                                  |
| Niamey                          |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
| Tahoua                          |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
|                                 |                           |                                  |
| Tillabéry                       |                           |                                  |
| Bani-Maté                       | Téra                      | Komabangou                       |
| Ceere Konzo                     | Téra                      | CU de Téra                       |
| Mballa                          | Say                       | CU de Say                        |
| Dogoney                         |                           | Kofouno                          |

<sup>34</sup> Rapport synthèse fournie par M. Midou Kailou



Annexe 3: Les cibles de l'étude sur la gratuité des soins et les mécanismes assurantiels au Niger

| Cibles   | Nombre |
|--|--------|
| 1. Mutuelles socioprofessionnelles (11)  | 11     |
| 2. Mutuelles communautaires (23)   | 23     |
| 3. Mutuelle générale d'assistance  | 1      |
| 4. Assurances privées (06)   | 06     |
| 5. Caisse Nationale de Sécurité sociale  | 1      |
| 6. Direction de la santé de la mère et de l'enfant                               | 1      |
| 7. Programme national de lutte contre la tuberculose                             | 1      |
| 8. Programme national de lutte contre le paludisme                               | 1      |
| 9. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées          | 1      |
| 10. Centre national de transfusion sanguine                                      | 1      |
| 11. Direction de la surveillance des épidémies et la riposte                     | 1      |
| 12. Direction de la malnutrition   | 1      |
| 13. Direction des études et de la programmation du MSP                           | 1      |
| 14. Comité intersectoriel de lutte contre le sida                                | 1      |
| 15. Agence National de la Mutualité en santé                                     | 1      |
| 16. Direction des ressources financières et du matériel, MSP                     | 1      |
| 17. Hôpitaux nationaux de Niamey, de Lamordé et de Zinder                        | 3      |
| 18. Centres hospitaliers régionaux de Maradi, Tahoua, Dosso et Niamey            | 4      |
| 19. Centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder, Maradi, Tahoua et Dosso | 4      |

## Annexe 4: Liste des personnes rencontrées

| Noms et prénoms                       | Structure                 | Fonction                                  | Téléphone   |
|---------------------------------------|---------------------------|---|-------------|
| <b>Ministère de la santé publique</b> |                           |   |             |
| Dr Garba Djibo                        | DEP                       | Directeur                                 |             |
| Midou Kailou                          | DEP/MSP                   | Chef Division financement                 | 99 22 64 99 |
| Bizo Moussa                           | OMS Niger                 |   | 92 91 48 19 |
| Mme Insa Gueyka                       | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 96 40 58 14 |
| Haoua Moumouni                        | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 96 40 58 14 |
| Mme Djibo Halimatou                   | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 94 44 42 41 |
| Maimouna Anassar                      | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 96 92 93 13 |
| Aboubacar Mariam                      | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 96 90 60 60 |
| Ousmane Hassane                       | DEP/MSP                   | Agent DEP                                 | 96 40 59 61 |
| Ramatou Amadou                        | DEP/MSP                   | Secrétaire                                | 96 97 46 87 |
| Dr Nassirou Ousmane,                  | Direction de la nutrition | Directeur                                 | 96 87 98 16 |
| Dr Abdou Ouma                         | DPF/DSRE                  | DPF                                       | 96 28 61 38 |
| Dr Basso Omssa                        | DSM/DSRE                  | Cadre                                     | 96 18 74 70 |
| Dr Abdoulaye Hadiza Kari              | DSM/DSRE                  | Chef de Division                          | 91 13 02 03 |
| Dr                                    |                           | Directeur                                 |             |
| Dr Harouna Zoubeida Mayaki            | CNTS / MSP                | Directrice Générale                       | 93 02 10 60 |
| Mme Issa Hadiza Saadou                | CNTS / MSP                | Gestionnaire                              | 90 58 95 81 |
| Chaibou Tawaye                        | CNTS / MSP                | Responsable GAS                           | 90 49 56 68 |
| Elhadj Adamou Bawa                    | PNLP / MSP                | Responsable approvisionnement, logistique |             |
| Issa Hamadou                          | PNLP / MSP                | Suivi-évaluation, gestion des stocks      | 94 06 46 43 |
| Dr Abdou Oumarou Bola                 | PNLT / MSP                | Coordonnateur adjoint                     | 97 82 02 23 |
| Dr Ballé Aboubacar                    | PNLT / MSP                | Suivi-évaluation                          | 96 99 43 96 |
| Dr Sina Adamou                        | PNLT / MSP                | Point focal recherche                     | 99 76 25 70 |
| Dr Balkissa Garba Katambé             | PNLT / MSP                | Pharmacien                                | 98 48 32 20 |
| Mme Gado Fatima                       | PNLT / MSP                | Gestionnaire                              | 97 72 72 53 |
| Mme Adamou Haoua                      | DRFM / MSP                | Transport / Logistique                    | 96 88 41 46 |
| Souley Galadima                       | DRFM / MSP                | Directeur                                 | 96 97 81 52 |
| Détondé Alexandre                     | HNL                       | Agent du service social                   | 90 89 90 17 |
| Seydou Dourfaue                       | HNL                       | Agent du service social                   | 90 55 39 10 |
| Abdou Aminata                         | HNL                       | Agent du service social                   |             |
| Niadeye Kadidia                       | HNL                       |   |             |
| Kindo Balkissa                        | HNL                       |   |             |
| Issoufou Manira                       | HNL                       |   |             |
| Almoctar Rachida                      | HNL                       |   |             |
| <b>Mutuelles communautaires</b>       |                           |   |             |
| Hassane Maigari                       | Al Furma                  | SG  | 92 30 71 30 |
| Mariama Mamadou                       | Jinkai                    | Gérante                                   | 96 91 32 00 |
| Istéfanous Maman                      | Hôpital Zinder            | Service Social                            | 96 98 30 43 |



|   |                               |  |             |
|---|-------------------------------|--|-------------|
| Mme Habou Hamsatou                                | CSME / Zinder                 | Surveillante Adjointe                                  | 96 99 39 21 |
| Mme Rabi Abdou                                    | Taimakon Kai                  | Présidente   | 96 16 45 00 |
| Mr Abdoul Aziz                                    | Kiyon Lafia                   | Vice-Président   | 96 46 36 52 |
| Moussa Mahaman                                    | Kiwon Lafia                   | SG permanent   | 96 18 77 26 |
| Hadi Manzo  | Tatalin Lafiya Bandé          | Président  | 94 34 71 43 |
| El hadj Abdou Hassane                             | Koula da Rayouwa              | Président  | 97 02 85 64 |
| Lawaly Soulé                                      | Raya Karkara                  | Président  | 99 26 28 05 |
| Oumarou Habou                                     | Raya Karkara                  | SG   | 96 39 74 08 |
| Kollé Brah  | Lafia Djari                   | Président  | 97 35 65 88 |
| Salamana Liman                                    | //                            | SG   | 96 81 53 38 |
| El hadj Mamane Sani Abdou                         | Mutuelle de santé de Matameye | Président  | 96 88 25 10 |
| Mr Laouly Moustapha                               | ONG AFUA                      | Secrétaire Permanent                                   | 90 88 89 19 |
| Saidou Haladou                                    | Raya Karkara                  | Président  | 97 67 49 93 |
| Salifou Goudaou                                   | CHR Tahoua                    | Chef Service social                                    | 96 64 31 53 |
| Mme Abdourahamane Fatou                           | CSME Tahoua                   | Surveillante   | 96 87 41 26 |
|   |                               |  |             |
| Dr Boubacar Sadou Ousseini                        | DS Tillabéri                  | Médecin-chef   | 96 47 10 15 |
| Madougou Inoussa                                  | DSP / Tillabéri               | Responsable police sanitaire                           | 96 52 43 02 |
| Ibrahim Hamadou                                   | DS Tillabéri                  | R / CSE  | 96 58 78 10 |
| Dr Issa Oumarou                                   | DS Téra                       | Médecin-chef   | 96 28 82 37 |
| Salissou Balla                                    | DS Téra                       | R / CSE  | 92 29 28 82 |
| Idé Niandou                                       | DS Téra                       | Communication  | 96 88 95 82 |
| Moussa Sadou                                      | DS Téra                       | PF / SR  | 96 36 25 90 |
| Yacouba Souley                                    | Mutuelle de santé Céerkonzo   | Président  | 96 46 70 87 |
| Hadjo Madougou                                    | Banimaté                      | Trésorière   | 96 23 21 86 |
| Issa Abdoulay                                     | Banimaté                      | Conseiller   | 98 48 84 40 |
| Assita Mamoudou                                   | Banimaté                      | Secrétaire   | 98 48 84 40 |
| Harouna Saley                                     | CSI de Banimaté ?             | Chef CSI   | 89 33 53 67 |
| Maïmouna Ganda                                    | Bonfaba (Namarigoungou)       | Conseillère  | 92 12 17 35 |
| Larabou Kobey                                     | Bonfaba (Namarigoungou)       | Acteur   | 88 29 81 13 |
| Harouna Ganda                                     | Bonfaba (Namarigoungou)       | Président  | 97 44 18 64 |
| Seyni Harouna                                     | Banibanguéy (Diambala)        | ONG  | 96 55 62 29 |
| Dr Almamy Timbo B.                                | DS Say                        | Médecin-chef   | 90 26 90 86 |
| Djibo Soumana                                     | DS Say                        | Gestionnaire   |             |
| Kango Harou                                       | DS Say                        |  | 96 28 56 64 |
| Hamsatou Boubacar                                 | Mutuelle de santé M'Balley    | Trésorière générale                                    | 96 59 39 84 |
| M. Assimiou Hamidou                               | Mutuelle de santé M'Balley    | Secrétaire général                                     | 88 53 02 21 |
| Laouali Inoussa                                   | DS Filingué                   | Gestionnaire   | 96 97 17 20 |
| Garba Rayanatou                                   | DS Filingué                   | Agent de saisie  | 97 18 62 38 |
| Abdoulkami Rahamal                                | DS Filingué                   | R/ CSE   | 96 98 42 70 |
| <b>Agence nigérienne de la mutualité en santé</b> |                               |  |             |
| Abdoul-Aziz Haoua Mahamane                        | ANMS                          | Directrice Générale                                    | 96 97 70 01 |
| Boureima Amadou                                   | ANMS                          | Chef département immatriculation, suivi et contrôle    | 97 25 33 16 |
| Halidou Djibo Tahirou                             | ANMS                          | Chef département affaires juridiques et du contentieux | 96 74 61 63 |
| Assurances privées                                |                               |  |             |





|  |   |  |             |
|--|---|--|-------------|
| Rabiou Hamidil                         | Assurance NIA   | Chef département Assurance Santé                   | 96 59 79 25 |
| Kader Yacouba                          | Assurance SAHAM   | Chef Département Production                        | 90 78 42 90 |
| Djibrill Amadou                        | Département Maladie   | Assurance SNAR Leyma                               | 96 96 73 93 |
| Mme Aboubacar Amina                    | CAREN   | Adjointe du chef de service Maladie                |             |
|  | SUNU  | Chef service Santé et Assistance                   | 98 30 89 80 |
| Mme Mara Mariama                       | MBA   | Chef service production et réassurance et santé pi | 84 30 90 73 |
| <b>Mutuelles socioprofessionnelles</b> |   |  |             |
| M Assoumane Aboubacar,                 | Mutuelle de santé hôpital Lamordé                                 |  |             |
| M Adam Mamoudou                        | Mutuelle de santé hôpital Lamordé                                 |  |             |
| Dr Seyni Baro                          | Mutuelle de santé hôpital Lamordé                                 | Président de la mutuelle                           |             |
| M Hassane Soumana Boubacar             | Mutuelle de santé personnel des eaux et forêts (MUTEF)            | Président/MUTEF                                    |             |
| M Hamani Adamou                        | MUTEF   | Secrétaire Général                                 |             |
| M Aziz Moulmé Kabara                   | MUTEF   | Trésorier général                                  |             |
| Abdel Nasser Ibrahim Miko              | MUTEF   |  |             |
| M Hama Diaouga                         | Mutuelle de santé hôpital National                                | Président de la mutuelle                           |             |
| Dr Moustapha Tahirou Niadou            | Mutuelle de santé de la Garde Nationale et de la Police Nationale | Secrétaire Général                                 |             |
| M Ouédraogo Moustapha                  | Mutuelle de santé de la Douane                                    | Trésorier général                                  |             |
| <b>Autres structures</b>               |   |  |             |
| Dr Hassane Daouda                      | CISLS   | Chef Département Suivi-évaluation                  | 94 50 05 70 |
| Moussa Idé Oumarou                     | PCA   | Mutuelle générale d'assistance                     | 99 00 00 52 |



