

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité - Travail - Progrès



**MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE LA POPULATION
ET DES AFFAIRES SOCIALES**

**STRATEGIE NATIONALE DE FINANCEMENT
BASE SUR LES RESULTATS DANS LE
SECTEUR DE LA SANTE**

MARS 2022

Contents

Sigles et abréviations.....	4
I. Introduction	6
I.1. Contexte et justification	6
I.2. Situation géographique et démographique	7
I.3. Données macroéconomiques.....	7
I.4. Organisation du système de santé.....	8
I.5. Organisation de la santé communautaire au Niger.....	8
I.6. Financement de la santé.....	9
II. Etat de mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins et des expériences pilotes de.....	9
Financement Basé sur les résultats.....	9
II.1. Gratuité des soins.....	9
II.2. Expériences pilotes de Financement Basé sur les résultats.....	11
III. Généralités sur la stratégie de Financement Basé sur les Résultats	12
III.1. Concept et définition	12
III.2. Historique de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats.....	12
III.3. Principes de base du Financement Basé sur la Performance.....	13
III.3.1. Achat stratégique.....	13
III.3.2. Séparation des fonctions	13
III.3.3. La vérification des prestations	14
III.3.4. Modalités de paiement des prestataires	14
III.3.5. Facteurs de réussite/succès d'une approche FBR au niveau des formations sanitaires	15
IV. Orientations stratégiques pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la.....	16
Performance	16
IV.1 Vision	16
IV.2. Objectifs et orientations stratégiques	16
O.S 1 : Amélioration de la mise en œuvre de la Gratuité ciblée des soins.....	16
O.S 2 : Amélioration de l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et aux groupes vulnérables en particulier.....	17

O.S. 3 : Amélioration de l'efficacité allocative de ressources financières aux établissements de santé, la Gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des services à travers le paiement aux résultats	18
IV.3. Montage institutionnel et séparation des fonctions	18
IV.4. Le paquet de soins à contractualiser	19
IV.5. Gouvernance, coordination et régulation	20
IV.6. Dispositif d'Achat stratégique	21
IV.7. Transparence dans la mise en œuvre du FBR	21
IV.8. Modalités et mécanismes de paiement des prestataires	22
IV.9. Engagement du Gouvernement	22
IV.10. Autonomie de gestion des formations sanitaires	22
IV.11. Planification à tous les niveaux	23
IV.12. Disponibilité des ressources humaines pour la santé	23
IV.13. Disponibilité des médicaments, équipements et autres intrants médicaux	24
IV.14. Alignement avec le système national d'information sanitaire	25
IV.15. Contexte de fragilité et insécurité : Octroi de bonus d'équité et unités d'investissements	25
IV.16. FBR au niveau de certaines organes de régulation et de mise en œuvre du	26
FBR/Gratuité	26
V. Approches de mise en œuvre du FBR Communautaire	27
VI. Plan d'action/processus de mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire	27

Sigles et abréviations

\$US	Dollar des Etats Unis d'Amérique
ACV	Agence de Contractualisation et Validation
AFD	Agence Française de Développement
CHR	Centre Hospitalier Régional
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CRTS	Centre Régional de Transfusion Sanguine
CS	Case de Santé
CSI	Centre de Sante Intégré
CSME	Centre de Santé Mère Enfant
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTN-FBR	Cellule Technique Nationale-Financement Basé sur les Résultats
DBC	Distribution à Base Communautaire
DHIS2	District Health Information System version 2
DPHL/MT	Direction des Pharmacies Laboratoires et de la Médecine Traditionnelle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSP/P/AS	Direction Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
DS	District Sanitaire
DTS	Dépense Totale de Santé
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
Enabel	Agence belge de développement
ENISED	Etude Nationale d'Evaluation des Indicateurs Socioéconomique et Démographique
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
HD	Hôpital de District
I3S	Initiative Santé Solidarité Sahel
ICCM	Integrated Community Case Management
IDH	Indice de Développement Humain
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
KFW	Kreditanstalt Für Wiederaufbau (Établissement Allemand de crédit pour la reconstruction)
LANSPEX	Laboratoire National de Santé Publique et d'Expertise

MDM	Médecins du Monde
MEG	Médicaments Essentiels et Génériques
MF	Ministère des Finances
MICS	Multi Indicators Cluster Survey
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAP	Plan d'Amélioration de la Performance
PAPS	Projet d'Appui à la Population et à la Santé
PASS	Programme d'Appui au Secteur de la Santé
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSNSC	Plan Stratégique National de Santé Communautaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGP/H	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SARA	Service Availability and Readiness Assessment
SDDCI	Stratégie de Développement Durable et de la Croissance Inclusive
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SONIPHAR	Société Nigérienne des Industries Pharmaceutiques
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNFPA	United Nations Population Fund
VIH	Virus de l'Immuno- Déficience Humaine

I. Introduction

I.1. Contexte et justification

La République du Niger est confrontée à une forte charge de morbi-mortalité surtout chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer. En effet, le ratio de mortalité maternelle est de 520 pour 100 000 naissances vivantes (EDSN/MICS-2012), et le taux de mortalité infantile demeure élevé à 51 pour 1 000 naissances vivantes, selon l'ENISED 2015.

L'utilisation et la qualité des soins dans les services de santé sont à un niveau assez bas. En effet, le taux d'utilisation des services curatifs en 2021 est de 45,17%¹; la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié est de 38,77%²; les enfants complètement vaccinés représentent 52%; la prévalence contraceptive est de 13,5% (ENISED/INS 2015). Par ailleurs, la qualité des services prestés par les structures de soins comporte des défis notamment en termes d'hygiène, de disponibilité du plateau technique, de ressources humaines qualifiées et en médicaments. A titre illustratif, les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2019 montrent que les médicaments essentiels et génériques (MEG) étaient disponibles dans 38% des formations sanitaires enquêtées, contre 41% en 2015. Ainsi, l'un des défis majeurs auquel le système de santé du Niger fait face est celui d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité, de justice sociale et d'efficacité. Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé répondant aux besoins de plus en plus croissants de la population.

Conscient de cette situation, le Niger s'est doté d'une deuxième Politique Nationale de Santé et du quatrième Plan de Développement Sanitaire (PDS 2017-2021) assorti de plusieurs stratégies (dont la stratégie nationale de la CSU) et réformes qui cadrent bien avec les Objectifs de Développement Durable (ODD 2030) et ceux de la Stratégie de Développement Durable et de la Croissance Inclusive (SDDCI 2035). Ce PDS repose sur six axes stratégiques à savoir : (i) l'amélioration de la gouvernance et du leadership; (ii) l'amélioration de l'offre, de la qualité des soins et de la demande des prestations; (iii) le développement des ressources humaines pour la santé; (iv) l'amélioration de la disponibilité des ressources physiques et intrants (infrastructures, équipements et médicaments, etc.); (v) le renforcement de l'information sanitaire et de la recherche en santé; (vi) l'accroissement durable du financement de la santé.

Pour contribuer à améliorer l'utilisation des services de santé et la qualité des soins, le Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (MSP/P/AS) a mis en œuvre un certain nombre de réformes dont entre autres la gratuité ciblée des soins des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes pour un paquet de soins défini, des expériences de la mise en œuvre de Financement Basé sur les résultats (FBR) dans certains districts sanitaires. Certaines contraintes dont notamment l'encrage institutionnel et le non-remboursement des factures des formations sanitaires par l'Etat handicapent la mise en œuvre de la gratuité des soins. Le FBR a généré des résultats appréciables dans les zones où il est mis en œuvre notamment en termes d'amélioration de la qualité et d'augmentation de la couverture et de l'utilisation des services de santé. Le MSP/P/AS souhaite étendre la mise en œuvre du FBR tout en l'intégrant avec la politique de gratuité ciblée des soins, elle-même en phase de réforme dans le cadre de l'INAM, pour plus d'efficacité et d'efficacité de ces deux approches. En outre, il est envisagé d'étendre l'approche FBR au niveau communautaire (avec les relais communautaires) pour stimuler la demande de soins et améliorer la politique de proximité de ce financement.

C'est dans cette optique que la présente stratégie basée **sur l'articulation du FBR et la gratuité des soins** et la stimulation de la demande de soins à travers le **FBR Communautaire** est élaborée pour orienter le Gouvernement et les partenaires sur les modalités stratégiques et harmonisées de mise en œuvre. Cette stratégie FBR/Gratuité s'intègre dans la stratégie nationale de CSU, notamment dans son orientation stratégique 4 sur la rationalisation du financement de la santé. Un manuel des procédures précisera les

¹ Annuaire statistiques 2021

² Annuaire statistiques 2021

modalités pratiques et opérationnelles de la mise en œuvre de cette articulation FBR/Gratuité et du FBR au niveau communautaire. **Le FBR/Gratuité est conçu comme un premier jalon pour l'évolution progressive du Niger vers l'achat stratégique et la couverture sanitaire universelle.**

I.2. Situation géographique et démographique

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest, avec une superficie de 1 266 491 km². Il est limité à l'Est par le Tchad, à l'Ouest par le Mali et le Burkina Faso, au Nord par l'Algérie et la Lybie et au Sud par le Nigéria et le Bénin. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays à l'extrême Ouest sur 550 km. Les trois quarts du pays sont désertiques et l'essentiel des activités agro-pastorales est concentrée dans une zone sahélienne et soudanienne dans la partie sud (quart du pays) où les précipitations sont aléatoires, irrégulières, déficitaires dans le temps et dans l'espace, et en baisse régulière. Ce processus de fragilisation du système écologique est renforcé par l'impact du changement climatique, devenu une préoccupation de premier ordre pour le pays.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes dont 52 urbaines et 214 rurales. Les Collectivités territoriales (Région, commune) constituent des entités autonomes dotées de la personnalité juridique, des compétences et des ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont aujourd'hui opérationnelles avec des Conseils Régionaux, des Villes et Municipaux en place.

La population est estimée selon les projections du RGP/H de 2012 à 24 112 753 habitants en 2021 avec un taux d'accroissement moyen annuel de l'ordre de 3,9%. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) reste très élevé, de l'ordre de 7,6 enfants par femme en âge de procréer (15-49 ans) (EDS-MICS IV 2012). La grande majorité de la population vit en milieu rural et est touchée par l'analphabétisme.

I.3. Données macroéconomiques

L'économie du pays est vulnérable au changement climatique et une grande partie de la population (plus de 70%) travaillant dans l'agriculture de subsistance est affectée par des conditions météorologiques volatiles, ce qui entraîne de fortes fluctuations de la production agricole et une insécurité alimentaire. L'insécurité intérieure croissante et l'instabilité politique régionale affectent le pays et ont un impact direct ou indirect sur la performance économique globale, les finances publiques, l'accès au marché et l'accès aux services de base.

Le Niger fait partie des pays les moins avancés avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant estimé à 488 dollars, en hausse de plus de 2,2% par rapport à 2018. Au cours de la dernière décennie, de gros progrès ont été réalisés par le Niger pour réduire son taux de pauvreté mais le niveau d'extrême pauvreté reste très élevé à 41,4 % en 2019, touchant plus de 9,5 millions de personnes³.

En terme nominal, le PIB a enregistré une progression de 4,5% passant de 7 567,9 milliards de FCFA en 2019 à 7 909,3 milliards de FCFA en 2020. La croissance PIB réel, de 6 % en moyenne sur la période 2016–2019, était estimée à 3,6% pour 2020, baisse qui pourrait être expliquée en partie par l'impact de la crise sanitaire liée à la COVID-19 et les effets induits par les mesures prises pour lutter contre cette pandémie. Cette baisse a été compensée par le dynamisme du secteur agricole ayant connu une hausse importante au cours de l'année 2020.

Le déficit budgétaire, estimé à 5,4 % du PIB en 2020, est encore supérieur à la norme de 3 % de l'UEMOA. Le déficit du compte courant, estimé à 14,6 % du PIB en 2019, s'explique par les importations liées aux investissements, la faiblesse persistante des prix mondiaux des produits de base (en particulier l'uranium) et l'étroitesse de la base d'exportation. Les bailleurs et les investissements directs étrangers ont financé la

³ Situation du financement de la santé au Niger

plus grande partie de ce déficit. L'évaluation de la soutenabilité de la dette publique en juin 2019 fait état d'un risque modéré, avec un ratio dette publique/PIB estimé à 54 %.

Malgré les avancées obtenues dans l'éducation et la santé, et une réduction de la pauvreté (de 48 % en 2011 à 40 % en 2016), les principaux indicateurs de développement humain restent faibles. Le taux de chômage, qui est plus marqué chez les jeunes, est passé de 13 % en 2011 à 17 % en 2017. Selon le rapport du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) sur le développement humain, l'IDH du Niger pour 2018 s'établit à 0,377, ce qui place le pays dans la catégorie « développement humain faible » et au rang de 189^{ème} sur 189 pays et territoires.

I.4. Organisation du système de santé

Le Système National de Santé est organisé de façon pyramidale. Il comprend un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un central. Il est calqué sur le découpage administratif du pays.

L'organisation administrative comprend trois (3) niveaux : (i) l'administration centrale (niveau stratégique chargé de la définition des axes stratégiques) constituée par le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Générales et les Directions nationales ; (ii) les Directions Régionales de la Santé Publique (niveau technique chargé d'appuyer les districts sanitaires) ; (iii) les Districts Sanitaires (niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire) et qui sont chargés d'encadrer trois types de formations sanitaires : l'Hôpital du District (HD), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les Cases de Santé. Le DS encadre aussi le niveau communautaire.

L'organisation de l'offre de soins comprend trois niveaux incluant les structures publiques et privées :

- le niveau Central garant de l'offre de soins de troisième niveau de référence est constitué d'Hôpitaux, maternités et centres nationaux de référence,
- le niveau Régional ou niveau intermédiaire comprend les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), les Centres de Santé Mères Enfants (CSME), les Centres Régionaux de Transfusion Sanguine (CRTS), les Polycliniques et Cliniques;
- le niveau Opérationnel (District) avec les Hôpitaux de District (HD) et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), de Cases de Santé (CS), les cabinets et les salles de soins privés.

I.5. Organisation de la santé communautaire au Niger

Le Niger s'est doté en 2019 d'un Plan Stratégique National de Santé Communautaire (PSNSC) dans le but de contribuer au progrès vers la couverture sanitaire universelle qui demeure encore faible. Le PSNSC vise l'offre d'un paquet de services intégrés (VIH, Tuberculose, Paludisme, ICCM, DBC, maladies tropicales négligées, surveillance communautaire, etc.) par les relais communautaires polyvalents.

Le PSNSC envisage qu'il y aura 2 relais communautaires pour 1 000 habitants pour les populations qui sont au-delà de 5 Km de la structure sanitaire et de 1 relais communautaire pour 1 000 habitants dans les 5 km autour de la structure sanitaire, dont 50% de femmes et 50% d'hommes. Pour couvrir tout le pays, 35 650 relais communautaires sont nécessaires et il est prévu que 80% d'entre eux soient recrutés au cours de la période 2019-2023. Actuellement il existe 18 787 relais communautaires polyvalents qui offrent des paquets complets des services dont ceux en lien avec le VIH, la Tuberculose, le Paludisme, la nutrition, la Santé Sexuelle et Reproductive et la planification familiale.

Chaque village dispose d'un comité de santé de village qui comprend le chef du village ou son représentant, un (1) secouriste vétérinaire, un (1) représentant du comité de gestion des points d'eau, deux (2) représentantes des groupements de femmes, deux (2) représentants des associations de jeunes, les matrones, les équipes de la promotion de la croissance à assise communautaire et les relais communautaires. Le comité

de santé du village élit un bureau de deux personnes dont un homme et une femme. Ce bureau représente le village au niveau des assemblées générales des comités de santé de la case de santé et du CSI. Il doit être impliqué et rendre compte au comité, de toute intervention dans le domaine de la santé qui concerne le village. En aucun cas la fonction de Président du COSAN et celle du Président du COGES ne sont compatibles. La composition des comités doit respecter le genre (15%)⁴.

Au niveau de la case de santé, le Comité de santé est élargi aux agents de santé communautaires de la case et aux délégués des villages rattachés à la Case de santé. Ce comité de santé élit un Comité de gestion qui comprend un président, un vice-président, un trésorier et un secrétaire général. Deux commissaires aux comptes sont élus hors du bureau. La composition des comités doit respecter le genre (15%). Chaque case de santé est rattachée à un CSI et son budget y est intégré. Elle réalise un PMA sous la supervision technique de l'équipe du CSI, à qui elle transmet ses rapports d'activités.

Le PSNSC prévoit une motivation des relais communautaires de 20 000 FCFA (15 000 FCFA payés par un Partenaire technique et financier et 5 000 FCFA par l'État). A ce jour il n'existe pas encore un plan de transition pour la prise en charge totale éventuelle des motivations des relais communautaires par l'État.

I.6. Financement de la santé

La Dépense Nationale de Santé (DNS) par habitant a légèrement augmenté entre 2019 et 2020. Elle est en effet passée de 42,75\$ US en 2019 à 44,70 \$ US en 2020.

En 2020, les ménages ont contribué à hauteur de 46,88% des dépenses totales de santé nationales, ceci montre qu'une part très importante des dépenses de santé est laissée à la charge des populations. Les régimes d'assurance maladie facultative (Assurances et mutuelles de santé) ont contribué à hauteur de 1,75% des dépenses courantes de santé.

Le secteur de la santé du Niger souffre d'une insuffisance de financement public. En effet, les crédits alloués au secteur de la santé par l'Etat sont insuffisants face aux besoins de plus en plus croissants. Sur les cinq (5) dernières années, la part du budget de l'Etat allouée à la santé n'a guère atteint les 10%, loin des 15% de l'engagement des Chefs d'Etat africains à Abuja en 2001. Il se situe à hauteur de 4,92% (2016), 5,58% (2017), 5,67% (2018), 5,74% (2019) et 7,21% (2020) selon le compte de la santé 2020. Ce niveau de financement est insuffisant et se classe derrière celui atteint par d'autres pays ayant un niveau de revenu similaire, recommandé par les organismes internationaux de développement et surtout, exigé par les besoins du pays. Ce qui a pour conséquence une insuffisance d'intrants pour la production et l'offre de soins de qualité.

Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique ont représenté 14,6% (68,439Milliards de F CFA) des dépenses courantes de Santé en 2020 contre 10,1% (58,090 Milliards en 2019) source compte de la santé 2020

II. Etat de mise en œuvre de la gratuité ciblée des soins et des expériences de Financement Basé sur les résultats

II.1. Gratuité des soins

Dans le but d'accélérer les progrès vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) notamment les OMD 4 et 5, le gouvernement du Niger a mis en place, entre autres, la mesure de la gratuité en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans en 2005 et 2006. La gratuité s'applique, en plus de la gratuité des vaccinations et des soins en cas d'épidémie, à la consultation prénatale, aux prestations liées à la césarienne, au traitement des cancers féminins, les produits contraceptifs et préservatifs et aux soins préventifs et curatifs des enfants de moins de 5 ans. Cette mesure qui est appliquée sur

⁴ Stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé

l'ensemble du territoire national, devrait contribuer à la protection des ménages contre le risque financier lié au paiement des soins de santé⁵. Les textes juridiques instaurant cette gratuité sont repris ci-dessous :

- Décret N° 2005-316/PR/MSP du 11 novembre 2005 accordant la gratuité des prestations liées aux césariennes fournies par les établissements publics de santé ;
- Arrêté N°65/MSP/DGSP/DPHL/MT du 7 avril 2006 accordant la gratuité des produits contraceptifs et préservatifs ;
- Arrêté N°079/MSP/MFE du 26 avril 2006 accordant la gratuité de la consultation prénatale et la prise en charge des soins aux enfants de 0 à 5ans ;
- Décret 2007-261/PRN/MSP du 19 juillet 2007 instituant la gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournis par les établissements publics de santé ;
- Décret 2007-410/PRN/MSP du 1^{er} octobre 2007 relatifs à la gratuite des prestations relatives à la prise en charge des cancers utérins.

La mise en œuvre de la gratuité a permis d'augmenter la fréquentation des services de soins de santé et très certainement de réduire la morbidité et la mortalité pour les populations cibles. Ce système de gratuité remplace le recouvrement des coûts par un financement de l'Etat. Cependant, cette politique de gratuité ne prend pas en compte dans le panier les accouchements eutociques et la prise en charge curative au cours de la grossesse (les pathologies prises en charge devant être précisées), ce qui est une limite à l'atteinte des objectifs. Le remboursement se fait sur base d'un tarif forfaitaire fixé par les textes juridiques instaurant la gratuité et qui n'est pas basée sur une étude des coûts des prestations sanitaires. Cette tarification forfaitaire offre un avantage de prévisibilité et de maîtrise des coûts mais comporte un risque de sous prescription notamment des médicaments et autres intrants, ce risque étant accentuée si le tarif ne tient pas compte des coûts de production des services.

L'une des grandes difficultés de la mise en œuvre de cette politique de gratuité est le non-remboursement ou le retard de remboursement des factures par l'Etat, ce qui occasionne un manque de trésorerie et de crédibilité des formations sanitaires vis-à-vis des fournisseurs d'intrants, les ruptures en médicaments avec comme corollaire un impact sur la qualité des soins.

Le niveau de remboursement sur la période 2006- 2019 était de 42 % avec un stock de factures à rembourser de 51 Milliards.

Les partenaires ont apporté leur appui aux paiements des factures de manière visible (AFD) ou sous forme d'appui budgétaire (Union Européenne). L'AFD est le seul bailleur qui a contribué directement (de manière très substantielle) au paiement des « factures gratuité », soit sur aide budgétaire globale, soit plus récemment sur financement du projet « I3S ».

A cette politique nationale de gratuité des soins cela s'ajoutent les expériences de la gratuité de la prise en charge des accouchements assistés réalisées par l'UNFPA, l'ONG HELP et MDM/France. Cette initiative a été relayée par la Banque Mondiale à travers le projet d'appui à la population et à la santé (PAPS) via le Fonds Commun fongible.

De manière synthétique, les principales insuffisances de la politique de gratuité des soins portent sur les aspects ci-dessous :

- La baisse, l'absence ou retard de remboursement des factures des formations sanitaires par l'Etat (taux de remboursement de 51%) ;
- le paquet de soins gratuit pour les femmes enceintes ne couvre pas les accouchements eutociques et dystociques (en dehors des césariennes), ni les pathologies au cours de la grossesse ou en post

⁵ Plan de développement sanitaire 2017-2021

partum immédiat, ce qui est une opportunité manquée pour contribuer à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale ;

- le remboursement du paquet de soins gratuit se fait sur base d'un tarif forfaitaire inférieur au coût de production de ces services. Ce tarif a été fixé en 2005-2006 et est devenu obsolète, comme l'indique le rapport de l'étude des coûts des prestations de soins réalisée en 2015. Une actualisation de cette étude de 2015 est par ailleurs nécessaire ;
- le remboursement du paquet de soins gratuit en nature (sous forme de médicaments) ne permet pas aux formations sanitaires de disposer de ressources financières pour répondre à tous les défis auxquels ils font face ;
- le manque d'autonomie de gestion de la plupart des formations sanitaires qui ne disposent même pas de leurs propres comptes bancaires ;
- le manque d'un système de vérification transparent des prestations : en effet, le contrôle est effectué par les agents de santé eux même, ce qui pose un problème de conflit d'intérêt et de risque de surfacturation ;
- l'absence de suivi de la qualité des soins offerts aux bénéficiaires de la gratuité.

II.2. Expériences du Financement Basé sur les résultats

Le Financement Basé sur les Résultats (FBR) est une des réformes entreprises par le Niger dans le domaine du financement de la santé pour la mise en œuvre du Plan de Développement Sanitaire (PDS 2011-2015). Au Niger, le FBR a démarré en 2015 sous forme d'expérience pilote avec un financement de la Banque Mondiale dans le District Sanitaire de Boboye (région de Dosso) qui a pris fin en 2016 et a enregistré des succès. Néanmoins, il est apparu à la fin du test pilote, que le volet communautaire n'avait pas été développé, laissant pour compte les cases de santé, les relais communautaires avec des ruptures en médicaments et une démotivation des agents des cases de santé.

Depuis 2018, à la suite aux résultats satisfaisants de l'expérience de Boboye, le Programme d'Appui au secteur de la santé (PASS) financé par Enabel, a démarré le FBR dans les districts sanitaires de Gaya et de Gotheye et la KFW assure la mise en œuvre d'une approche d'achat stratégique à travers le fonds d'achat dans 12 districts sanitaires de la région de Tillabéri. Il est à noter que ces différentes expériences ont été mises en œuvre avec des modalités techniques et opérationnelles différentes.

La mise en œuvre des expériences du FBR a permis d'atteindre les résultats suivants :

- amélioration de la qualité des services de santé offerts à la population notamment en matière de disponibilité des médicaments, amélioration de l'hygiène, mise à niveau du plateau technique, réhabilitation et le renforcement du parc moto ;
- promotion de la participation communautaire dans la gestion des problèmes de santé (élaboration et évaluation du PAP (Plan d'amélioration de la performance), responsabilisation des COGES, la réduction des litiges entre les agents des CSI et les COGES) ;
- autonomie de gestion des formations sanitaires sous expérience FBR avec transfert des fonds sur leurs comptes bancaires (sauf dans l'expérience FBR Enabel), leur permettant de disposer des médicaments en qualité et en quantité dans un temps relativement court et ce, conformément aux besoins exprimés. Elle s'est traduite également à travers la non-ingérence extérieure dans la gestion des structures (le DS ne s'occupe pas directement de la gestion interne des CSI et HD) ;
- motivation financière du personnel de santé, amélioration de leur cadre de travail et formation continue,
- développement de stratégies avancées pour améliorer l'accessibilité de la population aux soins de santé notamment à travers l'ouverture des nouveaux centres d'activités foraines et la recherche active des perdus de vu ou des abandons ;

Cependant, des défis ont été observés en termes de faible leadership et appropriation de la réforme par les décideurs/acteurs du système de santé, faible engagement politique pour le FBR, faible participation communautaire à la gestion des services de santé, insuffisance des ressources pour garantir la performance souhaitée (humaines, matérielles/équipements, financières, médicaments), faible autonomie de gestion des formations sanitaires, risque de fraude par les formations sanitaires.

III. Généralités sur la stratégie de Financement Basé sur les Résultats

III.1. Concept et définition

Le FBR pour la Santé est défini comme « **un paiement financier ou non financier transféré à un gouvernement national ou sous national, un gestionnaire, prestataire, payeur ou client de services de santé après l'atteinte de résultats préalablement définis et vérifiés**⁶ ». Il s'agit d'un instrument qui lie le financement à des résultats prédéfinis ; le paiement n'est effectué qu'après vérification des résultats. Il vise à améliorer, tant du côté de l'offre que de la demande, la performance des systèmes de santé pour une couverture sanitaire universelle.

Le FBR peut être réalisé au niveau de l'offre, notamment pour améliorer la disponibilité et la qualité des soins et services de santé ; tout comme il peut être mis en place au niveau de la demande de soins pour la stimuler.

Concernant le FBR-Offre (qui correspond au Financement Basé sur la Performance, FBR), selon le site de la Communauté de pratique sur le FBR⁷, « **le financement basé sur la performance (ou Approche Contractuelle) est une stratégie de financement des services de santé qui vise à augmenter la quantité et la qualité de soins de santé préventifs et curatifs fournis à la population dans le respect des normes, à travers " l'achat des soins"**. Ce dernier est effectué sur la base d'un contrat entre une partie qui achète (acheteur) et une partie qui vend les soins (vendeur) ». Selon la même référence : « Le FBR peut être considéré comme une approche qui consiste en plusieurs interventions ou bien en plusieurs piliers ayant pour but l'amélioration de la performance des systèmes de santé ».

Le FBR peut aussi être défini comme « **une approche de renforcement de la performance du système de santé à travers essentiellement : (i) la mise en œuvre de l'approche contractuelle, (ii) la mise en place du processus d'amélioration de la qualité des soins et services de santé et (iii) l'instauration d'incitations financières proportionnelles à la production de soins et services de qualité aux populations**⁸ ». Il s'agit d'une « approche axée sur les résultats du système de santé, définis comme la quantité et la qualité des services financièrement accessibles, produits et proposés aux populations par le biais d'un contrat de performance ».

Le FBR au niveau de la demande de soins vise à inciter les populations à utiliser les services de santé, en les stimulant avec des transferts sociaux conditionnels dans le sens où les bénéficiaires doivent respecter des conditions (ou co-responsabilités) en contrepartie du transfert monétaire ou non monétaire. Cette stratégie permet en outre l'augmentation du niveau de vie des bénéficiaires très pauvres et contribue à la promotion du développement du capital humain.

III.2. Historique de mise en œuvre du Financement Basé sur les Résultats

L'approche FBR a démarré en 1999 au Cambodge par la contractualisation externe de certains services de santé confiés à des ONGs (Contractualisation basée sur la Performance). En 2003, le FBR a démarré en Afghanistan. Le modèle actuel de FBR a fait son apparition au Rwanda dès 2002, sur base de l'expérience du Cambodge. À partir de 2006, ce mouvement s'est amplifié et des approches–similaires se sont développées en République Démocratique du Congo et au Burundi. En 2008, des expériences de FBR ont

⁶ www.rbf.org

⁷ <http://www.reseaupbfmultipays.org/PBF.html>

⁸ Gorter et al. 2013; Jahn et al. 2013

été mises en œuvre au Cameroun et en République Centrafricaine. Certains Pays ont mis à l'échelle nationale le FBR, notamment, le Rwanda (en 2006), le Burundi (en 2010), la Sierra Leone (en 2011), Djibouti (en 2015)⁹.

III.3. Principes de base du Financement Basé sur la Performance

III.3.1. Achat stratégique

Le FBR dans le secteur de la santé est un des mécanismes d'achat stratégique des prestations sanitaires de qualité auprès de prestataires de services de santé. L'achat stratégique (Strategic Purchasing) met en relation un acheteur et un prestataire à travers un contrat et un monitoring des données des services contractualisés.

L'achat stratégique dans le secteur de la santé suppose une allocation des ressources de l'acheteur à un prestataire de soins sur base de:

- **la détermination d'un panier de soins à acheter en respectant les normes de qualité:** quelles prestations acheter? (soins de santé maternels et infantiles, soins préventifs et curatifs...), à quel niveau (Premier niveau de soins : CSI, Hôpitaux de District, Hôpitaux Régionaux, Hôpitaux Nationaux?) et de quelle qualité ?
- **la détermination des méthodes de paiement:** comment les prestataires seront-ils payés (paiement forfaitaire? Paiement à l'acte? Capitation?) et à quels tarifs?
- **la sélection des prestataires:** avec quels prestataires va-t-on signer des contrats (publics seulement? Publics et privés sans but lucratif ? Intégrer aussi les privés à but lucratif? Prestataires accrédités?)
- **La production de l'information** sur la performance réalisée par le prestataire et **la satisfaction des besoins de la population.**

III.3.2. Séparation des fonctions

La séparation des fonctions est un principe fondamental du FBR. Il s'agit d'attribuer les fonctions du système à des acteurs différents pour limiter les conflits d'intérêt. Les principales fonctions définies dans le cadre de la mise en œuvre du FBR sont décrites ci-dessous :

- **la régulation:** elle est du ressort du Ministère de la santé et de ses structures décentralisées. Il appartient en effet au Ministère de la Santé de fixer les règles et les normes de fonctionnement du système de santé ;
- **le financement:** est assuré par le Gouvernement et/ou les partenaires techniques et financiers ;
- **l'achat des prestations:** consiste à négocier avec les structures de soins les services à acheter et les modalités de paiement, signer des contrats de performance avec les structures de soins. Cette fonction peut être assurée par le payeur, l'acheteur, ou une agence d'achat des performances (généralement dans le cas des expériences pilotes ou au début de la généralisation à l'échelle nationale). Les agences d'achat des performances sont généralement des ONGs internationales ou locales. Cette fonction d'achat peut être aussi être réalisée par des entités publiques autonomes, des organisations de la société civile ou à travers un partenariat public-privé ;
- **la prestation:** c'est l'offre des soins et services de santé de qualité (soins de santé, régulation, prestations au niveau communautaire) par les prestataires qui peuvent être des formations sanitaires du niveau périphérique, intermédiaire ou central et qui peuvent être publiques, privées à but lucratif ou non lucratif ; des organes de régulation du niveau périphérique, intermédiaire et central pour leurs prestations de normalisation, d'accompagnement et appui des autres; des acteurs communautaires pour leurs prestations au niveau communautaire ;
- **la vérification:** elle consiste à vérifier les prestations quantitatives et qualitatives produites par les prestataires de soins et services de santé. Elle est généralement assurée par l'entité en charge de l'achat des prestations en se basant sur le travail des vérificateurs recrutés à cette fin ;

⁹ Boîte à outils Financement Basé sur la Performance ; Banque Mondiale 2014

- **la validation:** elle consiste à valider les prestations quantitatives et qualitatives examinées par des vérificateurs. Cette fonction est généralement aussi assurée par l'entité chargée de l'achat des prestations qui peut s'adjoindre d'autres acteurs pour une plus grande transparence ;
- **la contre vérification:** il s'agit d'un mécanisme par lequel une tierce partie externe non impliquée dans la mise en œuvre du FBR est contractualisée pour s'assurer périodiquement que le programme FBR est mis en œuvre selon les mécanismes et modalités convenues dans un manuel et garantir que les prestations payées correspondent à la réalité ;
- **la participation communautaire (renforcement de la voix de la population) :** Le FBR intègre la participation communautaire à travers le recueil du niveau de satisfaction de la communauté par rapport aux prestations reçues ;
- **le coaching:** au début de la mise en œuvre du FBR, il est nécessaire de former, accompagner et guider les prestataires à tous les niveaux. Cette fonction est généralement assurée par des organisations ayant une expérience avérée dans la mise en œuvre du FBR. Cet accompagnement doit se faire pendant une période fixée après laquelle les différents acteurs peuvent mettre en œuvre le FBR sans appui externe.

Il est important de mettre en place un montage institutionnel permettant une séparation claire et nette des fonctions suivantes :

- Achat et Prestation des Services ;
- Vérification et Prestation des Services ;
- Régulation et Vérification.

III.3.3. La vérification des prestations

La vérification est une fonction essentielle du FBR. En effet, la vérification a pour objet de **s'assurer que les services pour lesquels un paiement est demandé ont été effectivement accomplis, et ceci avec une qualité requise**. Un ensemble d'outils de collecte de données primaires est indispensable pour réaliser une vérification : les registres des prestations sanitaires et les registres des patients correctement remplis (formations sanitaires), les rapports d'activités, rapports de supervision / accompagnement / inspection et autres documents requis par les outils d'évaluation, les outils de prestation au niveau communautaire.

La vérification peut concerner plusieurs aspects selon les modalités de mise en œuvre du FBR adoptées par chaque Pays : (i) les prestations quantitatives et qualitatives au niveau des formations sanitaires, (ii) l'évaluation au niveau communautaire pour mesurer la satisfaction des bénéficiaires et l'effectivité des prestations déclarées par les formations sanitaires ; (iii) l'évaluation de la performance des organes de régulation ; (iv) l'évaluation des prestations des relais communautaires ; (v) la contre vérification des prestations par une tierce partie indépendante.

La périodicité et les modalités du système de vérification doivent être définies dans un manuel des procédures.

Il est à noter que pour plus d'efficacité, la vérification des prestations FBR/Gratuité et assurance devraient être intégrées.

III.3.4. Modalités de paiement des prestataires

Deux modalités de paiement peuvent être envisagées :

- **La méthode dite carotte-carotte :** Consiste à payer les prestations quantité en totalité et à payer la qualité avec un montant additionnel à celui de la quantité, comme bonus de qualité ;
- **La méthode dite carotte bâton :** Consiste à payer les prestations quantité en les pondérant par la qualité.

Le choix d'une méthode appartient à chaque Pays en fonction du contexte et généralement, la méthode carotte-bâton est préconisée lorsque les sources de revenus de la formation sanitaire sont diversifiées et ne dépendent pas essentiellement du FBR. Dans le cas contraire, la méthode carotte-carotte est privilégiée.

Pour le cas du Niger, le choix va se porter sur la méthode carotte-carotte pour stimuler beaucoup plus de la performance au niveau des formations sanitaire et leur permettre de générer plus de ressources à investir dans l'amélioration de la qualité des services de santé.

Des bonus d'équité peuvent aussi être intégrés pour mieux rétribuer les régions défavorisées, par exemple, en tenant compte des contraintes de certaines formations sanitaires comme l'éloignement, la faible densité de la population, la grande pauvreté de la zone, le manque aigu d'infrastructure, etc.

Au démarrage, des unités d'investissement (montants forfaitaires) pourraient être données aux formations sanitaires pour leur permettre de répondre à certains défis qui pourraient handicaper leur performance. Il s'agit de fonds non liés à la performance qui sont donnés aux formations sanitaires pour leur permettre d'acheter du matériel, équipements minimums et autres intrants dont ils ont besoin pour se mettre un peu à niveau et fournir des soins de santé de qualité.

III.3.5. Facteurs de réussite/succès d'une approche FBR au niveau des formations sanitaires

Certains facteurs sont déterminants pour la réussite de la mise en œuvre d'une approche FBR. Il s'agit principalement de :

- l'autonomie de gestion des formations sanitaires : un minimum d'autonomie de gestion des formations sanitaires est requis pour garantir leurs performances, à savoir la possibilité de disposer d'un compte bancaire propre géré par la formation sanitaire sous l'encadrement du district sanitaire, le pouvoir de décision sur l'utilisation des fonds en fonction des activités contenues dans **un plan d'action validé par l'autorité hiérarchique (Plan d'action annuel), possibilité de recruter du personnel additionnel en fonction des procédures et normes nationales ;**
- la planification, suivi et évaluation des activités au niveau de la formation sanitaire: chaque formation sanitaire doit disposer d'un plan d'action annuel et plans d'action trimestriel (ou semestriel) validée par l'autorité hiérarchique ;
- la mise à niveau des formations sanitaires en amont de la mise en œuvre du dispositif FBR;
- l'existence d'un système d'approvisionnement en médicaments et autres intrants efficace, permettant aux formations sanitaires d'éviter des ruptures de stock surtout pour les médicaments essentiels génériques ;
- la séparation des fonctions pour éviter tout conflit d'intérêt ;
- **le respect des normes sanitaires et des stratégies nationales ;**
- **en cas de couplage du FBR avec une gratuité des soins, la disponibilité des études actualisées des coûts des soins de santé est importante pour pouvoir rembourser les prestataires en fonction des prix de revient de la prestation ;**
- L'institutionnalisation du FBR comme une stratégie du système de santé dans les documents stratégiques du Ministère de la Santé (PNS, PDS) ;
- la contribution financière du Gouvernement à la mise en œuvre du FBR à travers une ligne budgétaire spécifique ;
- l'intégration/couplage du FBR avec d'autres mécanismes de financement pour plus d'efficacité, comme par exemple la gratuité des soins, les mutuelles communautaires, les fonds d'équité ;
- l'intégration du FBR au reste du système de santé. A titre illustratif, la cohérence la synergie entre le FBR et le système d'information sanitaire est essentielle ;
- l'alignement du FBR dans une vision globale de financement du système de santé en vue de l'évolution vers la Couverture Sanitaire Universelle.

IV. Orientations stratégiques pour la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance

IV.1 Vision

Le Niger aspire à être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès légitime et universel aux soins et services de santé de qualité suffisante sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation¹⁰.

IV.2. Objectifs et orientations stratégiques

L'objectif général de la stratégie FBR est de contribuer à l'accès aux soins de santé de qualité et l'amélioration de la performance du système de santé au Niger.

Pour une mise en œuvre efficace du FBR, le Niger a choisi les orientations stratégiques (O.S.) décrites ci-dessous.

O.S 1 : Amélioration de la mise en œuvre de la Gratuité ciblée des soins

Le gouvernement du Niger a mis en place la mesure de la gratuité en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans en 2006. La mise en œuvre de cette politique a permis d'améliorer l'utilisation des services de santé mais se heurte à des contraintes opérationnelles de mise en œuvre, dont les plus importantes sont (i) le non remboursement ou le retard de remboursement des formations sanitaires par l'Etat, avec son corollaire de ruptures de stock de médicaments ; (ii) le manque d'un système efficace de vérification des prestations et d'assurance qualité ; (iii) la faible autonomie de gestion au niveau des formations sanitaires.

Pour remédier à ces contraintes et profitant des résultats encourageants des expériences du FBR, le MSS/P/AS ainsi que les Partenaires techniques et Financiers (PTF) recommandent de rembourser le paquet de soins gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans à travers des mécanismes de FBR dans les zones où ce programme est fonctionnel. **A terme, avec l'extension progressive du FBR, il est envisagé que le tandem (Gratuité-FBR) sera généralisé sur tout le territoire du Niger.**

Le couplage FBR/Gratuité des soins va permettre plus d'efficacité et sera bénéfique pour les deux mécanismes de financement. En effet, le FBR va améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins grâce notamment à (i) un système de vérification et de validation qui permet d'éviter les risques de surfacturation et de fraudes, (ii) un système de paiement régulier avec transfert direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires, leur permettant de disposer de ressources financières en temps utile pour acheter les médicaments et autres intrants, (iii) un mécanisme pour améliorer la qualité des soins, notamment à travers les bonus de qualité, les investissements en faveur de la qualité et les évaluations périodiques de la qualité technique et perçue. La gratuité des soins va de son côté permettre de mobiliser des ressources financières notamment auprès du Gouvernement et apporter aussi sa dimension sociale et politique, étant très appréciée par la population et les décideurs politiques. Le couplage permet également de bénéficier de substantielles réductions de charges administratives per capita au travers de potentielles économies obtenues grâce aux charges administratives et coûts fixes mutualisés.

Par ailleurs, le couplage FBR/gratuité est conçu dans le cadre d'une vision plus globale du Gouvernement visant l'évolution progressive vers la Couverture Sanitaire Universelle.

¹⁰ PDS 2017-2021

O.S 2 : Amélioration de l'utilisation et la qualité des services de santé offerts à la population en général et aux groupes vulnérables en particulier

Il ressort de l'analyse de l'offre et de l'utilisation des services essentiels de santé que l'offre est incomplète et de qualité insuffisante au niveau primaire (cases de Santé et Centres de Santé Intégrés). L'offre des services préventifs et promotionnels est également insuffisante en raison notamment d'un manque de redevabilité et de motivation des prestataires. L'offre de services préventifs souffre à la fois d'une sous-utilisation par la population et d'une offre largement insuffisante. Les hôpitaux, qui offrent le paquet complémentaire d'activités, leurs prestations offertes ne se sont pas toujours accompagnées d'améliorations qualitatives.

La mise en place d'approche FBR sera adaptée pour renforcer la performance du système de santé au niveau primaire (incitations pour offrir le paquet des soins complets, renforcement de la motivation des prestataires et augmentation des ressources financières) et niveau secondaire (accent sur la qualité des soins). Le fait de lier un paiement à l'offre d'une quantité et/ou qualité de services paraît tout à fait pertinent. Les bonus FBR seront conditionnés par la qualité et la quantité des services fournis aux bénéficiaires, l'équipe et le contexte de fragilités. Le FBR pourrait contribuer à l'amélioration d'un service spécifique encore faible à travers l'achat stratégique et sa mise en œuvre pourra donc favoriser une augmentation rapide de la couverture d'interventions hautement efficaces, reflétant les priorités en santé mais encore sous utilisées. L'assurance qualité fera partie intégrante des contrats basés sur la performance et le FBR lui accordera davantage d'attention au moment de la prise de décisions relatives à l'offre et à la demande. A partir du score de qualité, des mesures incitatives positives et négatives pourront être établies afin de récompenser une bonne qualité et dissuader une faible performance.

L'utilisation des services de santé de la population est limitée, entre autres par des contraintes de couverture sanitaire faible (53,5%)¹¹. La mise en place d'un FBR-demande permettra de lever en partie cette contrainte d'accessibilité géographique et financière pour les populations les plus défavorisées. Les opportunités que recèlent le développement du registre social unique ciblant les groupes les plus vulnérables, et pouvant être centré sur la santé maternelle, néonatale et infantile, des jeunes et adolescents et la nutrition, seront partie intégrante de l'évolution des gratuités et du FBR.

Le FBR avec focus sur la demande où les utilisateurs de services de santé pourraient recevoir des incitations afin d'améliorer l'utilisation.

Le plan stratégique national de santé communautaire adopté depuis 2019 est en cours de mise en œuvre, ce qui constitue un atout pour le FBR-demande avec une plus grande participation des instances communautaires. La mise en œuvre du FBR à ce niveau pourra contribuer à l'amélioration de la santé de la population en renforçant le travail des relais à travers un financement basé sur la performance en santé communautaire.

Le FBR au niveau communautaire permettrait : (i) d'améliorer l'utilisation des services de santé à travers l'incitation des relais communautaire à remplir leurs fonctions de référence communautaire, de récupération des abandons, de distribution à base communautaire de certains produits, de sensibilisation pour le changement de comportement et de prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire ; (ii) de renforcer la collaboration entre le système de soins et le niveau communautaire à travers les relais communautaire.

¹¹ DS Annuaire statistique 2021

O.S. 3 : Amélioration de l'efficience allocative de ressources financières aux établissements de santé, la Gouvernance et la participation communautaire dans la gestion des services à travers le paiement aux résultats

L'insuffisance du financement des structures périphériques a un impact négatif sur la qualité et le niveau de leurs plateaux techniques et de leurs prestations. Elle représente aussi une contrainte majeure du système de santé nigérien. L'introduction d'une approche de FBR est porteuse de profondes améliorations en augmentant les ressources pour ces structures.

Parmi aussi les atouts du financement du système de santé favorisant la mise en place du FBR figure la décentralisation que le Ministère en charge de la Santé a entamée depuis 1996. La vérification ex post évaluera également le niveau de satisfaction sur les services reçus (enquête de satisfaction des usagers communautaires). Ainsi la rétroaction sur la qualité des services assurés par les usagers et communautés sera sérieusement prise en compte.

IV.3. Montage institutionnel

Dans le cadre de la mise en œuvre du FBR/Gratuité des soins au Niger, les fonctions des différents acteurs impliqués sont décrites ci-dessous. **Il est à noter que les détails des rôles et responsabilités des différents acteurs sont décrits dans le manuel des procédures FBR.**

- **la coordination/pilotage** : elle consiste à donner des orientations stratégiques et globales de la mise en œuvre du FBR/Gratuité. Cette fonction est assurée par le Comité national de santé qui joue le rôle de comité de pilotage et sous le leadership du Ministère en charge de la Santé.
- **la régulation**: elle est assurée par le MS/P/AS (Secrétariat Général, CTN-FBR) et ses structures décentralisées (Directions Régionales de la Santé Publique, District Sanitaires).
- **le financement**: le financement du FBR/Gratuité des soins est assuré par les ressources internes (Etat) et externes (Partenaires techniques et financiers) ;
- **l'achat des prestations**: l'achat des prestations va être assuré par l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) et ses structures déconcentrées au niveau régional et départemental. Dans un premier temps, dans **l'attente de l'opérationnalisation effective de l'INAM jusqu'au niveau départemental, une entité décentralisée au niveau de chaque département sera mise en place pour assurer la fonction d'achat des prestations du FBR/Gratuité. La composition et les missions de cette entité décentralisée transitoire sont décrites dans le manuel des procédures FBR/Gratuité.** Cette entité ainsi que l'INAM sera techniquement appuyés et accompagnés par une ONG expérimentée dans la mise en œuvre du FBR pendant au moins deux ans.
- **la prestation**: dans le cadre du FBR/Gratuité, il existe plusieurs types de prestataires
 - ✓ les formations sanitaires à tous les niveaux (district, régional, central), publiques et privées ; les centres spécialisés ;
 - ✓ les agents/relais communautaires ;
 - ✓ les organes de régulation et de mise en œuvre du FBR/Gratuité à tous les niveaux, qui sont précisés par le manuel des procédures FBR/Gratuité.
- **la vérification**: en attendant l'opérationnalisation de l'INAM au niveau départemental, une entité décentralisée au niveau de chaque département sera mise en place. Cette entité sera appuyée par une équipe de vérificateurs contractuels et de fonctionnaires détachés pour s'occuper à temps plein de la vérification quantitative des prestations FBR/Gratuité. Les vérificateurs fonctionnaires recevront une prime de performance en plus de leurs salaires. Cette équipe de vérificateurs va travailler dans un premier temps sous la coordination de l'entité décentralisée chargée de l'achat des prestations, et dans un deuxième temps ces vérificateurs seront sous la responsabilité de la structure déconcentrée de l'INAM au niveau départemental. Plusieurs types de vérification vont être réalisées et le manuel des procédures FBR/Gratuité précise les responsables de ces vérifications/évaluations, les structures vérifiées/évaluées, la périodicité des vérifications/évaluations :

- ✓ la vérification quantitative des prestations des formations sanitaires et des relais communautaires est réalisée par les vérificateurs de l'entité décentralisée/INAM au niveau départemental et régional ;
 - ✓ l'évaluation de la qualité technique des prestations des formations sanitaires et centres spécialisés réalisée par différentes entités selon les niveaux (à préciser dans le manuel des procédures FBR/Gratuité) ;
 - ✓ l'évaluation au niveau communautaire de la qualité perçue des prestations des formations sanitaires et des relais communautaires, réalisée par des organisations à base communautaire appuyées par les vérificateurs ;
 - ✓ l'évaluation de la performance des organes de régulation et de mise en œuvre du FBR/Gratuité réalisée par différentes entités selon les niveaux (à préciser dans le manuel des procédures FBR) ;
- **la validation:** est effectuée par les comités départementaux et régionaux de validation, Elle consiste à valider les prestations quantitatives et qualitatives vérifiées par des vérificateurs ;
 - **le paiement des prestations :** va se faire par l'INAM, entité chargée de l'achat des prestations. Le paiement se fera par transfert direct des fonds sur les comptes bancaires des formations sanitaires (FOSA) et d'autres organes contractualisés.
 - **la contre vérification:** elle va concerner toutes les prestations réalisées dans le cadre du FBR/Gratuité et va être réalisée par l'inspection générale des services de santé en collaboration éventuelle avec des inspecteurs des finances et des personnes ressources ;
 - **le coaching:** au début de la mise en œuvre du FBR, il est nécessaire de former, accompagner et guider les prestataires à tous les niveaux. Cette fonction va être assurée par des ONGs internationales et/ou locales ayant une expérience avérée dans la mise en œuvre du FBR. Cet appui va concerner toutes les structures impliquées dans la mise en œuvre du FBR/gratuité de manière globale avec un accent particulier sur l'INAM et ses structures déconcentrées au niveau départemental et régional, l'entité décentralisée qui va s'occuper de l'achat des prestations de manière transitoire, les vérificateurs des prestations quantitatives, les comités régionaux et départementaux de validation.

IV.4. Le paquet à contractualiser

Le paquet à contractualiser au niveau des formations sanitaires va concerner le paquet minimum d'activités (pour les formations sanitaires de niveau centre de santé et Case de santé (CS) et le paquet complémentaire d'activités (pour les formations sanitaires de niveau Hôpital). L'approche contractuelle du FBR pourrait concerner des acteurs de la régulation à tous les niveaux ainsi que les relais communautaires.

Les indicateurs à contractualiser doivent faire ressortir de manière spécifique les indicateurs liés au paquet de soins gratuit pour les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et les indigents. La détermination des indigents à prendre en charge se fera en coordination avec la protection sociale qui a mis en place un mécanisme d'identification des indigents à travers le registre social unique. Ce paquet de soins gratuits va concerner la **consultation prénatale** et **postnatale**, les prestations liées à **la césarienne**, les produits **contraceptifs et préservatifs**, les **soins préventifs** et **curatifs des enfants de moins de 5 ans**, les soins **préventifs et curatifs des indigents**. **Ce paquet sera étendu aux accouchements eutociques et dystociques (autres que les césariennes), et aux pathologies au cours de la grossesse ou en post partum (liste des pathologies à préciser dans le manuel des procédures FBR)**. La fixation des tarifs du paquet de soins gratuit va tenir compte du coût de revient de ce paquet.

Pour les autres indicateurs en dehors du paquet gratuit, un tarif forfaitaire est fixé en fonction des priorités de santé publique. Ce tarif (de motivation à la performance) ne correspond pas au prix de revient car pour ces prestations, le recouvrement des coûts continue à être mis en œuvre et le tarif appliqué sera une ressource financière supplémentaire pour inciter la formation sanitaire à améliorer sa performance et la qualité des prestations.

Les indicateurs retenus dans le cadre du FBR/Gratuité sont les indicateurs dont les définitions opérationnelles, les sources de vérification, les critères de validation et les méthodes de collecte des données sont identiques à celles du système d'information sanitaire via le DHIS2. Ces indicateurs s'intègrent donc parfaitement au système national d'information sanitaire (le FBR n'a pas ses propres indicateurs, il contribue à l'atteinte des objectifs du PDS et des autres programmes). Cela a l'avantage de permettre la comparaison des données enregistrées dans le DHIS2 et de la base de données FBR/Gratuité. De ce fait, le FBR/Gratuité contribue au renforcement de la qualité des données du système d'information sanitaire.

Outre des indicateurs quantitatifs, des indicateurs de qualité seront contractualisées au niveau des formations sanitaires (qualité technique). De plus, des enquêtes de confirmation des prestations fournies par les formations sanitaires et de satisfaction des bénéficiaires seront réalisées périodiquement (qualité perçue). Ces indicateurs donneront lieu à un bonus/malus de qualité en fonction des modalités et critères à déterminer dans le manuel des procédures FBR/Gratuité.

IV.5. Gouvernance, coordination et régulation

Pour une mise en œuvre efficace du FBR/gratuité, il importe de mettre en place un dispositif efficace de coordination à tous les niveaux.

La Cellule Technique Nationale FBR (CTN-FBR) joue le rôle de comité technique de suivi à l'échelle nationale et de comité de validation des résultats et des factures vérifiées pour les structures du niveau central. A cela s'ajoutent la coordination de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national, la documentation et la gestion des plaintes et des conflits.

La CTN-FBR doit veiller à la mise en œuvre technique et opérationnelle de l'approche FBR. Pour ce faire, cette cellule doit être renforcée en ressources humaines qualifiées pour mener à bien sa mission. Son ancrage institutionnel doit être à un niveau élevé de la hiérarchie du Ministère de la Santé, comme le Secrétariat Général, afin de faciliter les prises de décisions rapides. La CTN-FBR est l'interface technique et le lien entre le Ministère de la Santé et les partenaires techniques et financiers en ce qui concerne la mise en œuvre du FBR/Gratuité et du FBR au niveau communautaire.

Pour améliorer le suivi et la coordination avec les partenaires, un autre cadre de dialogue est préconisé, qui regroupe périodiquement (chaque trimestre), la CTN-FBR, les cadres du Ministère de la Santé, Ministère des Finances, Ministère de Développement Communautaire, Ministère du Plan et autres Ministères concernés, les partenaires techniques et financiers. Ce cadre doit être un lieu d'échanges et de partage d'informations sur l'état de mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire, l'évolution des indicateurs contractualisés, les succès et défis de mise en œuvre. Ce cadre, qui pourrait s'appeler Comité de pilotage FBR-Gratuité, permettrait de donner des orientations techniques à la CTN-FBR pour une mise en œuvre plus efficace. Des comités de validation doivent être mis en place au niveau départemental et régional. Ils regrouperaient des cadres du Ministère de la Santé, de la CTN-FBR et des partenaires pour analyser certaines thématiques données avant leur présentation au niveau du comité de pilotage FBR.

Au niveau plus élevé, le Comité National de Santé va jouer le rôle de comité de pilotage qui assure la gouvernance générale et la coordination stratégique.

Le Ministère de la santé et ses différentes structures du niveau central, intermédiaire (DRSP) et périphérique assument leur rôle de **régulation** en fixant les règles et les normes de fonctionnement du système de santé et en accompagnant techniquement et opérationnellement les structures de niveau inférieur dans leurs activités.

NB : Dans le cadre de la mise en oeuvre du FBR, les instances de coordination existantes sont mises à profit pour le partage régulier des informations relatives au FBR (réunion de coordination du district, de la région et les revues à tous les niveaux).

IV.6. Dispositif d'Achat stratégique

Le FBR/Gratuité est un puissant mécanisme de financement de la santé qui nécessite une structure d'achat stratégique avec une séparation des fonctions de décisions, exécution et contrôle. Cette fonction d'achat est de la responsabilité du Ministère de la Santé et qui va la déléguer à terme à l'INAM et à ses structures déconcentrées au niveau régional et départemental.

A titre transitoire, le rôle d'achat va être confié à une entité décentralisée au niveau régional et départemental. L'achat va concerner notamment la négociation et la signature des contrats avec les prestataires, la vérification et la validation des prestations.

Par la suite, cette fonction d'achat va être entièrement de la responsabilité de l'INAM et ses structures déconcentrées au niveau départemental (pour les prestataires se trouvant au niveau départemental) et régional (pour les prestataires se trouvant au niveau régional). Des ONGs internationales et/ou locales recrutées seront chargées de former et encadrer l'INAM et ses structures déconcentrées pour qu'à terme, ils puissent assumer de manière autonome ce rôle d'achat des prestations FBR/Gratuité.

IV.7. Transparence dans la mise en œuvre du FBR

La transparence du mécanisme FBR/Gratuité est un levier important pour garantir l'efficacité et la fiabilité du système et ainsi mobiliser plus facilement des ressources auprès du Gouvernement et des partenaires techniques et financiers. La transparence sera assurée à travers les éléments suivants :

- **Une base de données FBR/Gratuité et FBR Communautaire** sera mise en place **et sera accessible** à tous mais avec des niveaux d'accès différents. Cette base doit permettre d'accéder en temps réel et quel que soit l'endroit où on se trouve aux données sur les indicateurs contractualisés et leur évolution, aux factures des différents prestataires. A terme, **une interopérabilité de cette base de données FBR/Gratuité et le DHIS2** doit être achevée pour harmoniser les données produites au niveau national.
- **La vérification des prestations quantitatives et qualitatives** : la vérification est une fonction essentielle pour s'assurer que les paiements effectués sont liés à des prestations de qualité réellement produites. A cet effet, des vérificateurs contractuels vont être recrutés et des vérificateurs fonctionnaires vont être détachés pour contrôler les prestations quantitatives des formations sanitaires et des relais communautaires. Les évaluations de la qualité des prestations vont être réalisées selon les niveaux par les organes de régulation ou les pairs. Par ailleurs, une contre vérification périodique de toutes les prestations réalisées dans le cadre du FBR/Gratuité et du FBR Communautaire va être réalisée par l'Inspection Générale des Services de Santé, en collaboration avec des inspecteurs des finances et d'autres personnes ressources. **Des organes de validation multisectorielle sont ouverts aux différents intervenants.** En effet, la composition des organes de validation à savoir les comités régionaux et les comités départementaux de validation doit comprendre des représentants du Ministère de la Santé et de l'INAM au niveau décentralisé/entité d'achat transitoire, des représentants de l'administration territoriale, de la société civile, des associations des chefs coutumiers, et éventuellement des partenaires techniques et financiers. Le manuel des procédures FBR/Gratuité donne des détails sur les compositions de ces organes de validation).
- **Digitalisation de la vérification des prestations quantitatives et des évaluations de la qualité** : dans un premier temps, les vérifications quantitatives et qualitatives seront faites manuellement. Mais progressivement, pour permettre une meilleure transparence et une célérité de la vérification, ce système sera digitalisé.

IV.8. Modalités et mécanismes de paiement des prestataires

Le mode de paiement pour les prestataires de soins sera la méthode carotte-carotte, c'est à dire le paiement des prestations quantitatives et d'un bonus de qualité comme supplément si les conditions requises pour ce bonus sont remplies. Dans la situation du Niger, cette méthode est la mieux indiquée étant donné que les formations sanitaires ne disposent pas de plusieurs sources significatives de financement et sont confrontées à des défis liés notamment aux ruptures de stocks en médicaments, insuffisance de matériels et équipements.

La base de données FBR/Gratuité permet la mise en place d'un système informatisé et automatisé de génération des factures par l'INAM au niveau central, lesquelles factures sont adressées au Gouvernement et aux différents partenaires contribuant au financement.

IV.9. Engagement du Gouvernement

Il existe une forte volonté du Gouvernement pour la mise en œuvre de la gratuité des soins et du FBR. En effet, le Gouvernement a mis en place une politique de Gratuité des soins depuis 2005-2006 et contribue à son financement. Par ailleurs, le Gouvernement a autorisé des expériences du FBR pour générer des évidences sur leurs potentiels à contribuer au renforcement du système de santé.

L'engagement du Gouvernement se manifeste aussi dans sa volonté d'assurer à la population Nigérienne des soins de santé de qualité accessibles à tous sans barrière financière. C'est ainsi qu'il s'est engagé sur le chemin de la couverture sanitaire universelle (CSU) et a autorisé le couplage du FBR/Gratuité à l'échelle nationale, comme premier jalon vers la CSU.

Cependant, force est de constater que le financement public du secteur de la santé demeure faible. En effet, la part du budget de l'Etat alloué à la santé se situe à 5% en 2021, très loin des objectifs d'Abuja de 15%. Le secteur de la santé du Niger souffre d'une insuffisance de financement public. Ceci a pour conséquence notamment une insuffisance de médicaments et autres intrants pour la production et l'offre de soins de qualité. Par ailleurs, le taux de remboursement des factures de la gratuité des soins par l'Etat est très faible (7%).

De manière globale, malgré ces difficultés, il importe que le Gouvernement augmente progressivement sa contribution dans le secteur de la santé, ce qui est indispensable pour assurer à la population des soins de santé de qualité. Plus spécifiquement pour le FBR/Gratuité, la contribution financière du Gouvernement avec une ligne budgétaire dédiée est requise pour la mise en œuvre et la pérennité de cette approche. Par ailleurs, la contribution de l'Etat est un outil de plaidoyer très puissant pour la mobilisation des ressources auprès des partenaires techniques et financiers. Il est donc important que le Gouvernement utilise la ligne budgétaire gratuité déjà existante pour le FBR/Gratuité, tout en majorant en fonction de ses moyens. De plus, il faudra que les factures FBR/Gratuité adressées au Gouvernement soient payées dans les délais fixés par le manuel des procédures FBR/Gratuité, ce qui permettrait aux formations sanitaires d'éviter notamment des ruptures de stock de médicaments et serait aussi un signal fort envers les partenaires techniques et financiers qui pourraient mobiliser davantage de ressources financières.

IV.10. Autonomie de gestion des formations sanitaires

Pour une mise en œuvre efficace du FBR/Gratuité, un minimum d'autonomie de gestion est requis au niveau des formations sanitaires, c'est-à-dire tout au moins la possibilité d'ouvrir et de gérer de manière autonome leurs propres comptes bancaires. Ceci doit bien entendu se faire sous l'encadrement des organes de régulation habilités pour chaque niveau.

Le District Sanitaire doit être renforcé par le recrutement d'un comptable qui permettrait d'assurer un encadrement efficace des FOSA notamment en matière de gestion financière. En attendant le recrutement

de ces comptables par l'Etat, les gestionnaires existant doivent être formés pour remplir cette fonction de manière transitoire.

Avant la mise en œuvre du FBR/Gratuité, un dialogue et un plaidoyer doivent être menés auprès du Ministère des finances afin qu'il puisse permettre aux CSI comme à toutes les autres formations sanitaires de disposer de leurs propres comptes bancaires, élément indispensable pour la mise en œuvre efficace du FBR/Gratuité. Les modalités d'ouverture et de gestion de ces comptes bancaires doivent être convenues avec le Ministère des Finances pour permettre plus d'autonomie au niveau des FOSA.

IV.11. Planification à tous les niveaux

Les formations sanitaires doivent élaborer un plan d'action annuel qui peut être déclinée en plan semestriel ou trimestriel selon les orientations du Ministère de la Santé. Ce plan doit être en phase avec les priorités du district sanitaire et de la DRSP, et doit contribuer à l'atteinte des objectifs du PDS.

Les organes de régulation à tous les niveaux doivent également disposer de plans d'action concourant à l'atteinte des priorités du PDS.

IV.12. Disponibilité des ressources humaines pour la santé

Les ressources humaines sont le moteur du système de santé sans lequel l'offre de soins de qualité ne peut être produite. Il importe donc de disposer à tous les niveaux du système de santé de ressources humaines qualifiées en nombre et quantité suffisante, comme recommandé par les normes sanitaires.

La situation des ressources humaines du secteur de la santé au Niger se caractérise par une insuffisance (quantitative et qualitative), une répartition inéquitable du personnel entre les milieux urbain et rural, une insuffisance dans la maîtrise des effectifs, une utilisation non rationnelle du personnel, des profils de carrière et des systèmes de promotion peu satisfaisants, une formation continue peu efficace. Ces problèmes perdurent depuis plusieurs années.

En 2015, 70% des CSI ne disposaient pas du personnel selon les normes et standards du MSP. Les HD qui disposaient du personnel selon les normes sanitaires ne dépassaient pas 10%. Les CHR avec un personnel selon les normes représentent à peine 17%, ce qui est très loin des objectifs fixés dans le PDS 2011-2015.

Selon l'OMS, l'atteinte de la norme haute qui est de 2,5 personnels de santé pour 1 000 habitants est importante. En effet, une bonne densité du personnel de santé bien répartie sur le territoire national augmente les chances pour la population d'avoir accès aux services de santé essentiels. La norme basse considérée comme minimale est de 0,4 personnel de santé pour 1000 habitants. Le Niger a atteint le ratio de 0,39 personnel de santé soignant (Médecins, Infirmiers et Sages-femmes) pour 1000 habitants en 2014. Les régions de Niamey (0,7) d'Agadez (0,8), de Zinder (0,5), et de Diffa (0,4) ont des densités en personnel de santé supérieures ou égales à la norme basse de l'OMS.

A côté de cette insuffisance quantitative du personnel de santé, il est important de noter que leur répartition est très inéquitable, en défaveur du milieu rural. En effet, selon les données de la DRH en 2015, 76% du personnel de santé est en milieu urbain et seulement 24% en milieu rural, où vit 80 à 90% de la population.

Pour assurer une meilleure performance du système de santé en général et de la mise en œuvre du FBR/Gratuité en particulier, le Gouvernement devrait faire un effort d'une part pour recruter du personnel de santé additionnel surtout en faveur du milieu rural et d'autre part pour assurer une meilleure répartition du personnel existant. La réforme territoriale de la fonction publique en cours devrait faciliter la disponibilité des ressources humaines au niveau opérationnel. Par ailleurs, un plaidoyer doit être mené auprès du Gouvernement pour permettre aux formations sanitaires de recruter elles-mêmes certaines ressources humaines dont elles ont besoin en fonction de leurs revenus et tout en respectant les normes et procédures nationale en matière de gestion des ressources humaines.

IV.13. Disponibilité des médicaments, équipements et autres intrants médicaux

La disponibilité des médicaments et autres intrants médicaux est indispensable pour fournir des soins de santé de qualité.

L'approvisionnement, le stockage et la distribution des médicaments au Niger est de la responsabilité de l'ONPPC (Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques) qui cependant n'arrive plus à remplir correctement sa mission suite notamment à des créances impayées par l'Etat, l'espace de stockage limité et l'insuffisance de moyens logistiques pour assurer la distribution des médicaments sur tout le territoire national. Ces contraintes liées au fonctionnement de l'ONPPC ont eu pour conséquences la multiplication des circuits parallèles d'approvisionnements en médicaments et la vente illicite des médicaments.

La SONIPHAR a pour mission d'assurer la production locale et la distribution des médicaments mais est confrontée à des problèmes de manque de sites et de vétusté de son outil de production, d'insuffisance du personnel en quantité et en qualité. Le LANSPEX quant à lui a pour mission le contrôle de qualité des médicaments, des aliments, des eaux, des produits phytosanitaires, la formation et la recherche. Il est aussi confronté à des défis liés à la vétusté de son outil de production, l'insuffisance du personnel qualifié et pâtit également des dysfonctionnements de l'ONPPC et de la SONIPHAR.

Cette situation a des conséquences néfastes sur la disponibilité des médicaments et autres produits médicaux au niveau des formations sanitaires. En effet, les résultats de l'enquête SARA réalisée en 2019 montrent que les médicaments essentiels et génériques (MEG) étaient disponibles dans 38% des formations sanitaires enquêtées. Le taux le plus élevé de disponibilité en MEG a été observé à Agadez (50%) et le plus bas à Maradi (43%). Aucune structure n'avait, au moment de l'enquête tous les médicaments traceurs retenus dans le cadre de l'enquête. La disponibilité des produits sanguins n'est pas toujours garantie dans les formations sanitaires, ce qui augmente très sensiblement la mortalité, en particulier chez les femmes qui accouchent. Cette situation est aggravée par la faible couverture des infrastructures habilitées à transfuser le sang obligeant les patients à parcourir de longues distances à sa recherche.

La disponibilité des équipements essentiels pour offrir des soins de qualité souffre d'une disparité importante entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, 26% des formations sanitaires disposent des équipements essentiels contre 45% en milieu urbain. Seul 31% des formations sanitaires disposent de tous les équipements traceurs sur l'ensemble des structures enquêtées. Les équipements nécessaires au diagnostic étaient disponibles dans 36% des formations sanitaires dont moins de 1% en milieu rural et 36% en milieu urbain⁴.

Par ailleurs, la couverture du pays en infrastructures sanitaires est encore faible (53,6% en 2021). En conséquence, plus de la moitié de la population du Niger doit parcourir plus de 5 kilomètres pour avoir accès aux services de santé de base.

Ainsi, pour une mise en œuvre efficace du FBR/Gratuité, il est indispensable de garantir la disponibilité des médicaments essentiels et génériques au niveau des formations sanitaires, un minimum d'équipements, surtout dans les zones les plus périphériques. Le Ministère de la Santé doit donc mettre en place un mécanisme d'approvisionnement permettant aux formations sanitaires d'acquérir les médicaments de qualité dont ils ont besoin et à un dépôt le plus proche possible. En effet, sans médicaments et équipements essentiels, même la politique de gratuité deviendrait une coquille vide et toute l'approche FBR/Gratuité serait dénigrée par la population. L'Etat doit aussi poursuivre l'extension de la couverture sanitaire pour rapprocher les soins de santé de la population.

IV.14. Alignement avec le système national d'information sanitaire

Selon le PDS 2017-2021, le système d'Information sanitaire du Niger est caractérisé par une fragmentation en sous-systèmes, avec l'inefficacité et la surcharge de travail qui en résultent. Cette fragmentation serait entre autres liée au besoin de collecte des données des partenaires techniques et financiers et des programmes verticaux. Le nombre de supports de collecte des données au niveau périphérique a augmenté de sorte que leur remplissage prend énormément de temps aux agents de santé, en particulier au niveau opérationnel. Il est également rapporté des ruptures des stocks des outils de collecte, avec des répercussions négatives sur les taux de promptitude. Le taux de complétude est satisfaisant (92,2% en 2020) mais le taux de promptitude est faible autour de 32% en 2020 (annuaire des statistiques sanitaires 2020)

Des avancées significatives ont été réalisées pour améliorer le système d'information sanitaire : (i) élaboration de textes réglementaires ; (ii) révision des supports de collecte des données ; (iii) élaboration du référentiel des indicateurs; (iv) programmation de la plateforme DHIS2; (v) mise en place d'une flotte téléphonique dans les HD et CSI avec une ligne budgétaire inscrite sur le budget national ; (vi) mise en place et suivi des tableaux de bord santé ; (vii) apurement des données ; (viii) élaboration du module SNIS pour les écoles de formations en santé ; (ix) élaboration des normes et standards en matière de gestion de l'information sanitaire ; (x) publication régulière de l'annuaire statistique ; (xi) monitoring décentralisé avec implication des collectivités décentralisées dans 20 districts sanitaires ; (xii) réalisation de l'enquête SARA.

La stratégie FBR/Gratuité s'aligne sur le système d'information sanitaire et vient le renforcer. En effet, les indicateurs à contractualiser dans le cadre du FBR/Gratuité doivent suivre les dénominations et définitions du système national d'information sanitaire. Le FBR/Gratuité ne va pas développer des outils propres de collecte des données mais va utiliser les outils du système d'information sanitaire. Par ailleurs, la base de données FBR/Gratuité va à terme être interopérable avec le DHIS2 pour une meilleure harmonisation et concordance des données.

La stratégie FBR/Gratuité va contribuer également à renforcer la complétude et améliorer la promptitude des données car ces éléments sont des conditions de paiement pour les formations sanitaires contractualisées et des critères de performance pour les districts sanitaires et les DRSP.

IV.15. Contexte de fragilité et insécurité : Octroi de bonus d'équité et unités d'investissements

De l'analyse décrite ci-dessus sur la disponibilité des ressources, des médicaments et équipements essentiels, il en ressort qu'il existe de grandes disparités surtout en défaveur du milieu rural. De plus, certaines FOSA sont dans des zones souffrant d'insécurité.

Les formations sanitaires ne sont donc pas dans les mêmes conditions pour améliorer leurs performances et si rien n'est fait, les formations sanitaires avec de meilleures conditions de travail continueront à être plus performantes tandis que celles confrontées à plusieurs contraintes structurelles vont s'enfoncer dans la mauvaise performance.

Pour corriger cela, l'approche FBR/Gratuité va mettre en place des bonus d'équité accordé à certaines formations sanitaires en fonction d'un certain nombre de critères comme le département/région d'implantation, l'éloignement de la formation sanitaire par rapport au lieu d'approvisionnement en médicaments, la disponibilité des ressources humaines, population couverte par la formation sanitaire, le nombre d'indigents pris en charge par la formation sanitaire, le niveau de sécurité etc.

Le « bonus d'équité » est une prime additionnelle accordée à un prestataire qui doit faire face à d'importants problèmes qu'elle ne peut pas résoudre elle-même tout de suite et qui pèsent sur ses performances. Le bonus d'équité n'est pas une prime à la sous-performance. Il doit encourager l'entité prestataire à résoudre les problèmes qui limitent transitoirement ses performances, effort qui doit normalement se traduire dans son plan d'action. Ce bonus est intégré dans le paiement régulier des factures des formations sanitaires et permet de tendre vers la mise à niveau des formations sanitaires pour une meilleure performance.

De même, plusieurs formations sanitaires ne disposent pas d'équipements essentiels pour offrir des soins de santé de qualité. Afin de leur permettre d'atteindre une performance acceptable, l'approche FBR/Gratuité va leur accorder, au tout début de la mise en œuvre du programme, des unités d'investissement.

Une unité d'investissement est un montant accordé à une formation sanitaire au début de la mise en œuvre du FBR pour améliorer la qualité de son offre de services et soins de santé. Les structures d'achat peuvent verser aux formations sanitaires un forfait en vue de répondre à certains prérequis. Les investissements concernés doivent figurer dans le plan d'action de la formation sanitaire et doivent être réalisés dans le respect des procédures nationales. Ce montant est variable selon le type de formation sanitaire.

Le manuel des procédures FBR/gratuité précisera les modalités pratiques et détaillées d'octroi des bonus d'équité et des unités d'investissement.

IV.16. FBR au niveau de certaines organes de régulation et de mise en œuvre du FBR/Gratuité

Certains organes de régulation sont contractualisés en fonction de leur implication dans l'amélioration de la performance des formations sanitaires. Il s'agit, entre autres, des équipes cadres de district, les directions régionales de santé publique et des structures comme l'ONPCC. Ces organes pourraient être contractualisés pour le rôle d'encadrement et d'appui qu'ils apportent aux formations sanitaires et aux relais communautaires et sont évalués périodiquement en fonction d'une grille de performance relative à leurs missions régaliennes et opérationnelles. En fonction de la pertinence et des besoins, d'autres organes de régulation pourront être intégrés progressivement.

D'autres organes chargés d'appuyer de manière spécifique la mise en œuvre du FBR/Gratuité sont contractualisés et évalués périodiquement en fonction d'une grille de performances relatives à leurs rôles et responsabilités dans la mise en œuvre du FBR/gratuité. Il s'agit notamment de la CTN-FBR, l'INAM et ses structures déconcentrées, les comités départementaux de validation, les comités régionaux de validation, les ACV, les organisations à base communautaire chargées de réaliser des enquêtes de satisfaction au niveau communautaire.

V. Approches de mise en œuvre du FBR Communautaire

- **Structuration des relais communautaire** : pour une mise en œuvre efficace du FBR communautaire, une structuration des relais communautaires se trouvant autour de l'aire de responsabilité d'un CSI est nécessaire. Les relais communautaires peuvent être structurés en coopératives ou groupe de relais communautaires. Ainsi, une fois structurés, ces relais pourraient avoir un contrat propre à eux avec un paquet d'indicateurs bien défini.
- **Mise à échelle progressive du FBR Communautaire** : étant donné l'énorme travail que va nécessiter la structuration des relais communautaires en coopératives ou groupes de relais communautaires, leurs formations, la production des différents outils de formation et de mise en œuvre du FBR communautaire, il est conseillé de commencer par des expériences pilotes puis passer progressivement à l'échelle nationale sur une période de 3 à 5 ans maximum.
Cependant, dans les régions où le FBR communautaire n'aura pas encore démarré de manière structurée, les relais communautaires pourront bénéficier d'une motivation liée à la performance fournie par le CSI.
- **Paquet communautaire à contractualiser** : le paquet communautaire à contractualiser est déterminé par le département en charge de la santé communautaire. Il comprend des indicateurs en rapport avec la référence communautaire, la récupération des abandons, la distribution à base communautaire de certains produits, la sensibilisation pour le changement de comportement et la prise en charge de certaines pathologies au niveau communautaire. Un accent particulier est à mettre sur les indicateurs liés à la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, les indicateurs nutrition (SRMNIA-Nut), la gestion des intrants et le rapportage des données.
- **Montage institutionnel et séparation des fonctions** : le même montage institutionnel est opérationnel pour le FBR Communautaire. La vérification des prestations des relais communautaires va se faire par les vérificateurs de l'organe en charge de l'achat des prestations FBR.
- **Renforcement des capacités des relais communautaires** : un processus de renforcement des capacités des relais communautaires va être mis en place. Les relais vont être formés sur les outils et manuels de santé communautaire du niveau national ainsi que sur les modalités de mise en œuvre du FBR Communautaire.

VI. Plan d'action/processus de mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire

Pour la mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR au niveau communautaire, un certain nombre d'étapes doivent être réalisées avant d'aboutir à une opérationnalisation effective.

- **Elaboration des documents de mise en œuvre du FBR** : un manuel des procédures pour la mise en œuvre du FBR/Gratuité et du FBR Communautaire doit être élaboré. Ce manuel décrit dans les moindres détails le montage institutionnel choisi, les différents acteurs avec leurs rôles et responsabilités, la séparation des fonctions, la description du système de vérification et contre vérification à tous les niveaux, les modalités de paiement, les mécanismes de sanction et de gestion des litiges et conflits, les outils de mise en œuvre du FBR, ainsi que toute autre élément pertinent pour la mise en œuvre du FBR. L'élaboration de ce manuel constitue la première étape du processus de mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire.
- **Elaboration des guides de formation/modules de formation** : des guides/modules de formation vont être élaborés pour la formation des acteurs de mise en œuvre à tous les niveaux. Ces guides/manuels de formation doivent tirer leur contenu du manuel des procédures FBR/Gratuité et FBR Communautaire.
- **Mise en place des organes de mise en œuvre du FBR** : les différents organes de mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire doivent être mis en place. La CTN-FBR, qui existe déjà, va être renforcée en ressources humaines et son ancrage institutionnel va être relevé au niveau du Secrétariat Général du Ministère de la Santé. La CTN-FBR élargie (ou tout autre dénomination – ex. Comité Technique du FBR-Gratuité) est à mettre en place. L'INAM et ses structures déconcentrées doivent être opérationnels, ainsi que les comités départementaux et régionaux de validation. Les ACV et les vérificateurs doivent aussi être recrutés.

- **Formation d'un pool de formateurs et formation en cascade des acteurs de mise en œuvre du FBR à tous les niveaux** : avant de procéder à la formation des différents acteurs, il est important de disposer d'un pool de formateurs sur le FBR. Ainsi, une formation des formateurs sur le FBR et les différents outils de mise en œuvre du FBR est un préalable avant de passer à la formation en cascade des différents acteurs de mise en œuvre du FBR à tous les niveaux. En effet, ce sont ces formateurs qui seront utilisés pour la formation et qui permettront une appropriation par le Ministère de la Santé de l'approche FBR.
- **Étude des coûts des soins de santé** : il est important que les prestations liées au paquet de soins gratuit soient remboursées à un tarif proche du coût de revient. Pour ce faire, il est important de mener une étude des coûts des soins de santé pour déterminer entre autres le coût de ce paquet de soins gratuit.
- **Elaboration d'un costing pour la mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire** : un coût estimatif pour la mise en œuvre du FBR/Gratuité et FBR Communautaire doit être déterminé. Ce coût doit tenir compte notamment de la situation de base des indicateurs contractualisés, de leur évolution potentielle dans le temps, des différents bonus retenus par le manuel FBR, du tarif des indicateurs contractualisés, du niveau de rémunération des organes de régulation et des entités de mise en œuvre du FBR ainsi que tout autre élément constitutif du coût. Ce costing peut être réalisé pour une période de 5 ans avec des déclinaisons annuelles voire trimestrielles pour permettre un suivi de la consommation du budget en fonction des prévisions. Ce costing doit être affiné progressivement avec les données en provenance de la mise en œuvre sur terrain.
- **Enquête de base au niveau des ménages et formations sanitaires** : une enquête de base au niveau des ménages et au niveau des formations sanitaires est à réaliser pour disposer de données de base qui permettront la comparaison de l'évolution des différents indicateurs de quantité et de qualité. Comme alternative, si des enquêtes/études très récentes existent (moins de 2 ans), leurs données peuvent aussi être utilisées comme données de base.
- **Développement d'une base de données FBR** : le développement d'une base de données est indispensable pour saisir et gérer toutes les données et générer les factures pour le paiement des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du FBR/Gratuité et du FBR Communautaire.
- **Harmonisation de la dénomination et de la définition des indicateurs avec le SNIS** : la détermination du paquet d'indicateurs à contractualiser au niveau des formations sanitaires et des relais communautaires doit se faire en étroite collaboration avec le système d'information sanitaire afin que les dénominations des indicateurs et leurs définitions concordent avec celles du système national d'information sanitaire et du DHIS2.
- **Passage à l'échelle du FBR/Gratuité** : le FBR/Gratuité va se mettre à l'échelle nationale en progressivement mais rapidement. En effet, le Niger a déjà appris de l'expérience de gratuité et des expériences pilotes de FBR. Par ailleurs, il serait inéquitable et politiquement inacceptable de mettre en œuvre la gratuité des soins sous sa forme améliorée (FBR/Gratuité) dans certaines régions ou départements et trop retarder cette mise en place dans d'autres.
- **Expériences pilotes pour le FBR Communautaire avant le passage à l'échelle** : le FBR Communautaire va exiger beaucoup de travaux préalables notamment de structuration des relais communautaires et leurs formations et le Niger n'a pas d'expérience assez poussée dans le domaine du FBR Communautaire. **Il est donc recommandé de commencer par des expériences pilotes dans 2 ou 3 régions puis de passer progressivement à l'échelle nationale sur une période raisonnable.**