

Contexte

Des indicateurs sanitaires en progression lente...

Malgré les efforts déployés et les améliorations obtenues au cours des dernières décennies, la plupart des indicateurs sociaux-sanitaires du Niger restent très en deçà des objectifs de santé publique escomptés et leur progression est lente. C'est le cas notamment des indicateurs clefs de mortalités maternelle et infanto-juvénile qui restent élevés, respectivement 520/100 000 NV et 123‰. Cela s'explique en partie par le « double fardeau ». La permanence des maladies infectieuses se combine au développement des maladies chroniques et dégénératives.

Faire changer la trajectoire de ces indicateurs implique de répondre de manière efficaces aux maux que constituent la malnutrition aiguë globale comme chronique dont la prévalence reste au-dessus des seuils d'alerte de l'OMS (XXX enfants pris en charge chaque année sur XX cas attendus, ce qui impacte le développement psychomoteur et la productivité). Il conviendra de réduire la charge morbide du paludisme dont l'incidence croit (passée de 15 961 en 2017 à 19.802 cas pour 100.000 habitants en 2020, pour une cible à 10 000) malgré les activités de prévention déployés à large échelle. Il en va de même de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (passée de 53% en 2017 à 58,4% en 2020). Dans le même temps, il conviendra de répondre aux enjeux de l'urbanisation progressive de la population et à son corollaire de sédentarité et du développement des personnes âgées, phénomènes qui font émerger de « nouvelles » maladies et de nouveaux besoins.

... des défis structurels dans l'accès aux services de santé.

Pour y répondre, le système de santé doit répondre à des défis importants : une croissance de la population plus rapide que celle de ses moyens, un faible recours aux services (49.48%), lui-même alimenté par la faible couverture des services de santé essentiels (37% en 2019), une couverture géographique insuffisante (53%), une densité et un déploiement des ressources humaines de santé faible et inéquitable dans sa répartition spatiale (à peine plus de 45% des ressources humaines de santé sont déployées en brousse ou vit près de 80% de la population du Niger), mais aussi un problème de disponibilité des médicaments et produits de santé et de qualité des soins. Ces enjeux se doublent et s'expliquent en partie par un sous financement du domaine (4.9% du budget de l'Etat consacré au MSP/P/AS Santé, en baisse en valeur relative et absolue par capita entre 2020 et 2021) qui conduit à un niveau de contribution des usagers élevé (43,68% de la dépense nationale de santé), qui expose chaque année 6,5% des ménages à des dépenses catastrophiques de santé.

Déployer une couverture maladie universelle implique de répondre à ces défis. Des solutions sont en cours de déploiement dans le cadre d'un PDSS qui s'appuie sur des réformes et des innovations décisives qui sont en cours de déploiement. Trois d'entre elles visent l'amélioration du financement de la santé: l'alignement aide budgétaire « santé » avec un rôle pro-actif du MSP/P/AS pour l'identification d'indicateurs clefs, la réforme du Fonds Commun Santé en charge d'appuyer le fonctionnement et le déploiement de l'offre de soins de qualité, et le développement de mécanismes de couverture du risque maladie par des approches assistantielles et assurantielles, avec la création de l'INAM en charge de faciliter l'expression de la demande de soins.

Enjeux

Le MSP/P/AS s'engage à travers les réformes qu'il met en œuvre dans le cadre du PDSS 2022-2026 à démontrer que la dépense publique en santé n'est pas un coût mais un investissement et que les moyens engagés le sont de manière efficiente. Ces efforts doivent conduire à moyen terme à une

mobilisation accrue de financements de la part de l'Etat et de ses PTF. A plus court terme, cette stratégie doit contribuer une utilisation toujours plus efficiente des ressources déjà disponibles.

Pour ce faire, un travail d'alignement des PTF et des circuits de financement pour en optimiser les usages est possible et nécessaire. Ce travail doit permettre d'engager dans la prestation de services des moyens qui sont aujourd'hui engagés dans des dépenses de fonctionnement / « non productives ».

Défis

Une structure de financement de la santé éclatée qui peine à se coordonner...

La structure du financement de la santé, à l'image d'autres secteurs, est complexe et éclatée. Les partenaires sont nombreux (plus d'une 100 aine de partenaires), leur nombre et la diversité de leurs interventions rend leur coordination complexe. Seule une faible partie d'entre eux (5) abonde les dispositifs de mise en commun des fonds (Aide budgétaire, FCS, INAM notamment) qui garantissent un alignement sur les priorités du PDSS et une efficience dans l'engagement des fonds.

... des systèmes de financement sous-efficients...

Les autres financements sont déployés de manière sous-efficiente via :

1. *Des financements en cascades*, via un emboîtement des acteurs de mise en œuvre/intermédiaires, dont on peut estimer que chacun opère des ponctions de l'ordre de 5 à 7% sur les ressources mises à disposition,
2. *Des Unités de Gestion de Projet*, qui sont multiples, parfois plusieurs pour un même partenaire/bailleur, et dont les couts peuvent représenter 7 à 17% des fonds mis à disposition pour la santé des populations du Niger qu'elles gèrent,
3. *Des approches « projets »* portées par des ONG ou des bureaux d'étude (dont le montant des contributions effectivement reversé dans la délivrance des soins reste méconnu mais faible du fait de frais de fonctionnement importants).

Il faut ici noter que ces ponctions sont cumulatives et non pas exclusives les unes des autres : un financement d'un PTF peut être confié à un autre (chacun prélevant des frais de gestion), qui lui-même le déploie via une UGP (qui prélève des couts de fonctionnement) ou via des ONG. Les surcouts générés par ces dispositifs sont donc extrêmement importants.

A titre d'exemple, si l'on s'intéresse uniquement au cout des UGP des 3 PTF principaux du MSP (cf. données chiffrées en annexe), leur cout représentera en 2023 :

- Pour la Banque Mondiale, les 3 UGP « santé » couteront plus de 4 milliards de CFA, ce qui représente en moyenne 10.77% (entre 7 et 14% en fonction des projets) des fonds des projets, prêts et dons, mis à disposition par la WB dans le secteur de la santé,
- Pour le GAVI l'UGP logé à la direction des immunisations coutera plus de 873 millions de CFA, soit 17.15% des fonds d'appui à la vaccination octroyés par GAVI au Niger,
- Les 3 UGP du Fonds Mondial représentent quant à elles, plus de 4.1 milliards de CFA, soit 10.78% des fonds d'appui au paludisme, au VIH, a la tuberculose et au renforcement du système de santé octroyés par le Fonds Mondial au Niger

Le cout global des UGP de ces trois partenaires clefs représenteront en 2023 plus de 8 milliards de FCFA et plus de 11.2% des fonds mis à disposition par ces PTF. A titre de comparaison, les couts de fonctionnement de ces UGP représentent :

- 81% des financements gérés par le Fonds Commun Santé, dont les couts de gestions sont en moyenne 4 points en dessous de ceux des UGP de ces PTF, soit 5% du budget des PAA du MSP

- Le cout de transformation de 36 Cases de Santé en CSI de type 2, avec maternité, qui permettrait à près de 534 000 habitants d'avoir accès à un paquet de soins complet à moins de 5 kilomètres de chez eux, soit une amélioration d'un peu plus de 1.7 point de couverture sanitaire.

S'ils visent à garantir des rendus de compte, comptables et de santé publique, conformes aux attentes de leurs bailleurs, le cout de ces dispositifs de gestion pose la question de leur efficience, ce d'autant que leur niveau de décaissement n'est pas meilleur que ceux des dispositifs fongibles comme le FCS dont les frais de fonctionnement sont bien plus faibles (7.02% en 2023)

... qui complexifient la gouvernance et la conduite du changement.

Au-delà du poids financier que représentent ces dispositifs de gestion, et donc des pertes qu'ils constituent pour le financement de la santé, ils contribuent à certains dysfonctionnements. La multiplicité des acteurs génère des chaînes d'approvisionnement multiples de produits de santé, des dons de matériel et d'équipement de marques différentes qui accentuent les problèmes d'entretien, des dispositifs de collecte de données ad hoc, mais surtout rendent complexe la coordination et la planification (difficulté de planifier une multitude d'acteurs, avec des calendriers différents, des demandes de programmation avec des formats spécifiques...).

Par ailleurs, ces structures tendent à accaparer des ressources humaines compétentes dans un MSP qui en disposent peu. Ces dispositifs enfin, pour ceux qui sont présentés comme intégrés, c'est-à-dire sous la coordination du Secrétaire Général ou d'une direction, génèrent une charge de travail importante et des engorgements à différents niveaux (validation, passation de marchés...).

Analyse des risques

Améliorer le financement de la délivrance des services et contribuer à rehausser les indicateurs de santé implique de :

1. Orienter les fonds consacrés à des dépenses de gestion / non productifs dans des dispositifs plus alignés et efficaces,
2. Réduire le volume de travail du MSP consacré à la gestion des UGP des PTF pour dégager et consacrer des moyens financiers, humains et matériels à la mise en œuvre des réformes qui sont engagées et nécessaires.

Une prise en compte des contraintes et des risques est nécessaire pour mettre en œuvre cette réforme. Elle est en effet contrainte par :

1. Les engagements du Niger, via notamment le Ministère du Plan, et l'acceptation de ce modèle de gestion dans le cadre de conventions et d'engagement bilatéraux, dont l'évolution doit être réfléchie en bonne intelligence, sous l'impulsion des hautes autorités du Niger en considérant les options légales et techniques possibles avec le Ministère du Plan,
2. La nécessaire continuité des appuis qui assurent la mise à disposition d'intrants essentiels (Vaccins, antipaludiques, traitements pour le VIH, Tuberculose...)
3. La lourdeur et la complexité croissante des procédures de ces PTF et la difficulté à court terme d'un relais par les services du MSP/P/AS du travail de rendu de compte financier et administratif opéré par les UGP.

Il convient donc d'engager cette réforme en partageant une vision politique claire sur le long terme, en assurant un suivi continu et une mise en œuvre progressive / à petits pas.

Une vision de long terme autour de la centralité du FCS et de l'INAM...

La vision de long terme est clairement une sortie du système des UGP et le transfert des ressources qu'elles gèrent vers des dispositifs plus intégrés et plus efficaces. Les dispositifs de mise en commun/poolage des fonds que sont le FCS et, à terme, l'INAM, constituent des réponses essentielles dans cette perspective. Leurs frais de gestion sont plus faibles, ils sont intégrés et constituent des cadres de concertations unifiés, techniques et programmatiques.

... et une stratégie de mise en œuvre progressive.

La déclinaison opérationnelle de cette réforme pourrait s'organiser autour des axes suivants :

1. Orienter les financements fongibles vers le FCS et l'INAM

Une première impulsion politique et technique devrait être de faire transiter par des dispositifs de type « fonds commun » tous les financements qui peuvent y être affectés. Il s'agirait notamment :

De faire passer par le Fonds Commun Santé tous les financements d'appui du PDSS et en particulier de la composante « offre et système de soins ». Pourraient notamment être orientés vers le FCS :

- Les fonds de type Renforcement du Système de Santé (du GAVI, du Fonds Mondial notamment),
- Les fonds d'appui transversaux, permettant d'appuyer des réformes clés du MSP/P/AS (acheminement des produits de santé et approvisionnement au dernier kilomètre, gestion

Pour ce faire, le FCS peut créer des lignes dédiées et être renforcé en ressources humaines. Si nécessaire, pour répondre à la critique des PTF formulée avant la réforme en faveur du FCS, le transfert de leurs fonds pourrait être progressif et conditionné à l'atteinte de certains résultats, selon le modèle de décaissement articulé à la performance développé pour la contribution de 20 millions d'euros au FCS du Royaume des Pays Bas.

De faire passer, à moyen terme, par l'INAM les financements d'appui à la demande / accessibilité des soins / couverture du risque maladie, et valoriser dans cette structure les contributions des PTF aux approches d'assistance et d'assurance médicale.

2. Imposer une UGP par PTF...

Un deuxième axe, pour les fonds qui ne pourraient pas être gérés par des dispositifs de mise en commun, du fait des engagements du Niger avec ces PTF, de risque du fait d'écarts importants entre les procédures du FCS et celle du PTF pourraient être pilotés par des UGP dont l'organisation serait réformée.

En vue de réduire les coûts, de rationaliser les circuits de financement et de simplifier le travail de coordination du MSP/P/AS, devraient être imposés le principe d'une **unité de gestion unique par PTF**, et non plus une unité de gestion par projet ou programme.




... ou conditionner le déploiement d'une UGP à son intégration dans une direction du MSP

Une seule exception pourrait être faite à ce principe. Pourraient être autorisés le maintien des **UGP qui sont intégrées à la direction qu'elles appuient**, comme cela est aujourd'hui le cas de la Tuberculose et le VIH. Cette approche doit favoriser la mise en commun des ressources humaines et logistiques, et favoriser des systèmes de renforcement / transfert des capacités.

3. Intégrer dans les conventions et revoir les conventions pour fixer un plafond et une réduction progressive du cout de fonctionnement des UGP

Ces solutions devraient être doublées d'un encadrement fort et continu du niveau des couts de fonctionnement des UGP. Un premier travail devrait être à très court terme de **réduire le cout de fonctionnement de chaque UGP sous la barre des 9 % et ensuite d'aligner ce seuil sur celui du FCS**. Ce qui inciterait les PTF à rejoindre ce dispositif.

Annexe

PTF	Subvention	Montant subvention en CFA (/an)	Cout UGP (/an)	%	Source information
	Paludisme 01/21 - 12/23	19 333 715 531	1 960 052 341	10,14	budget subvention FM - Niger - CRS
	Tuberculose	2 917 276 171	437 616 288	15,00	
	VIH	5 297 845 285	570 480 779	10,77	
	RSS				
	Lafia Illiali	17 584 396 941	2 509 700 000	14,27	PTBA 2023
	PRUC	9 458 167 677	856 372 176	9,05	PTBA 2023
	REDISSE	11 693 153 369	806 759 640	6,90	PTBA 2023
	RSS3	5 090 399 427	873 152 678	17,15	Budget Subvention Gavi 2023
Total		71 374 954 401	8 014 133 902	11,23	
Fonds Commun Santé		9 931 845 982	696 850 980	7,02	

Cout UGP des PTF ramené au budget FCS

81

Nombre de CS transformés en CSI de type 2 avec les moyens des UGP

36

Population accédant à un paquet de soins complet

534 276