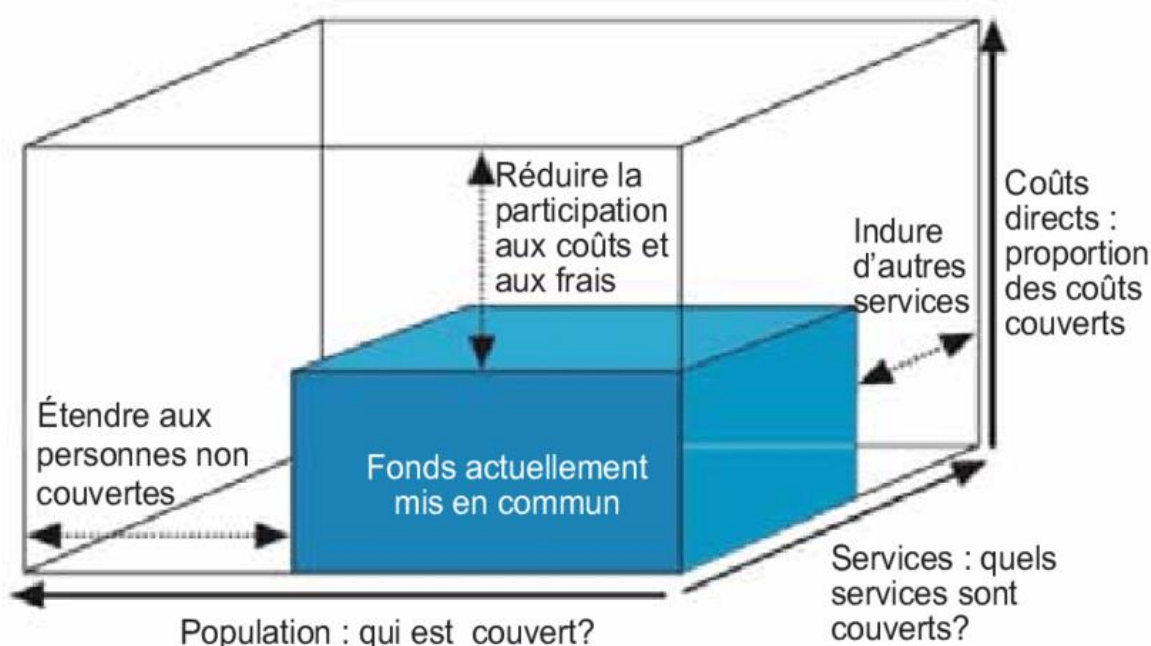


# Note de cadrage des reformes du PDSS

Le gouvernement du Niger a adopté en ce début d'année son Plan de Développement Sanitaire et Social 2022-2026. Le périmètre de ce plan reprend

Ce plan ambitionne d'accélérer la marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Ce document définit les orientations stratégiques et techniques pour y arriver. Il fixe des objectifs ambitieux et définit les voies et moyens pour y parvenir, notamment au travers de séries de reformes et d'innovations systémiques, que le MSP/P/AS a commencé à mettre en œuvre.

Il est possible de schématiser / organiser les reformes autour des dimensions de la CSU.



## L'enjeu clef de la mise en commun : des reformes clef de gouvernance

Le PDSS engage un travail de fonds qui doit permettre la poursuite et le renforcement de l'alignement des PTF et du MSP. Le plan reste fortement inscrit dans la dynamique de la Déclaration de Paris. Il entend opérationnaliser l'approche budget programme et le principe 1 plan, 1 budget, 1 rapport.

Ce travail d'alignement repose sur des reformes de fonds

- **Réforme de la planification et de la programmation**, initiée en 2022 et qui a permis de réamorcer une culture de revue des performances et de programmation. La refonte du contenu des CTNS se double de la mise en place de **revues semestrielles** qui doivent permettre une évaluation des performances et une réallocation des activités et des ressources, ce qui devra contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé publique comme de réalisation et d'engagement des financements. Les **CTNS doivent, à terme** et en s'appuyant sur les **outils d'analyses des coûts de production et de la structure des financements des soins et les données issues des analyses actuarielles**, progressivement **passer d'une planification basée sur les ressources, notamment des PTF, à une planification fondée sur les besoins**.

- **Renforcement de la redevabilité**, qui s'opère par différents canaux mais qui s'organise autour de la réforme que constituent **les tableaux de bord**. Ceux-ci doivent permettre un monitoring des performances managériales et de santé publique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et favoriser l'opérationnalisation des budget-programmes. Ils **s'appuient et alimentent deux réformes clefs : celle du DHIS2 et la mise en place d'un SIGL** informatisé dont les données viennent alimenter l'évaluation des performances et les cadres de coordination internes du MSP/P/AS et de concertation avec les PTF qui sont revitalisés pour le premier et réformé en profondeur pour le second.
- **Réforme du suivi du PDSS** : qui vient d'être initiée prend la forme d'une structure paritaire permanente, **le secrétariat permanent de suivi du PDSS** qui est lui-même alimenté par 4 **commissions thématiques** organisées autour des budgets programmes et des sous commissions transversales autour des fonctions clefs du système de santé, ce qui doit permettre de réduire le nombre de groupe de travail et favoriser la productivité des équipes. Ces dispositifs sont naturellement alimentés par les données des tableaux de bord et garantissent un suivi continu des performances
- L'alignement des PTF et du MSP/P/AS autour d'une redevabilité accrue repose également sur la mise en place de dispositifs de financements fongibles. **La réforme du Fonds Commun Santé, et mise en place d'un Fonds Commun Virtuel** sur les gratuités, qui constituent deux dispositifs clefs de financement du PDSS et d'alignement des PTF.
- Un autre domaine de mise en commun clef est la mise en place d'une **chaîne unique d'approvisionnement, a minima d'acheminement du niveau central jusqu'au dernier kilomètre** qui doit renforcer la disponibilité et réduire les coûts des produits de santé.

Ces éléments de réforme de la gouvernance et du financement de la santé sont une clef des 3 axes traditionnels d'amélioration de la couverture sanitaire universels que sont l'amélioration de la couverture de la population, l'amélioration de l'offre de services, et la réduction des coûts.

Chacun de ces enjeux induit des réformes clef qui sont en cours de déploiement ou devront être initiés d'ici la fin du PDSS.

## Améliorer la couverture :

La faiblesse de la couverture géographique conduit à ce qu'un peu moins de 54% de la population nigérienne vive à moins de 5 kilomètres d'une structure offrant un paquet minimum de soins. Cela constitue un plafond de verre qui doit être dépassé pour améliorer les indicateurs de santé publique. Pour ce faire il convient de :

1. Renforcer la couverture géographique, en particulier en :
  - **Rendant pleinement opérationnelles les structures périphériques**, notamment en assurant un accès effectif à des services de base (eau, électricité, froid et connexion. Cela s'opérera à travers une coordination avec les programmes d'autres ministères et, pour les zones les plus reculées par le déploiement de l'approche par les **micro-utilities** en cours de discussion,
  - L'étendant sur la base de critères objectifs, visant l'amélioration de l'accès aux soins de la population, incarnée dans une **liste unique priorisant les structures de santé à créer / transformer,**

- **Réduisant le cout de la transformation des CS en CSI**, et en réactivant le caractère modulaire/évolutif des formations sanitaires, en fonction du bassin de population qui est desservit,
  - En envisageant le déploiement des **structures médicalisées** (dirigées par un médecin) **dans les chefs lieu de commune**, pour renforcer la communalisation/ décentralisation dans le secteur de la santé, renforcer la fonction de conseiller du Maire des responsables de structure et favoriser une proximité et des logiques de supervision rapprochée dans les districts qui disposent d'un grand nombre de structures.
  - Réaffirmant que les **CSME et CHR sont des structures de formation continue, développer des logiques de réseaux de soins et des pôles d'excellence nationaux au niveau des HN, assurant une articulation entre recherche et pratique** médicale.
2. Renforcer la continuité des soins à travers l'amélioration de la
- Disponibilité des Médicaments essentiels, a travers notamment la mise ne place de la **chaîne unique d'approvisionnement** et **l'approche « dernier kilomètre »**, conduite dans le cadre d'une réforme de l'ONPPC,
  - L'effectivité de la disponibilité et de la fonctionnalité des matériels biomédicaux, dans le cadre d'une **stratégie renouvelée d'équipement et d'entretien** mais aussi une **charte du don** en cours d'élaboration.
  - Ce travail doit passer par un investissement dans la **formation et l'équipement des OPM**.
  - La continuité des soins passera également par **le déploiement de systèmes locaux innovants/améliorés de référence et évacuation** (groupes WhatsApp et système de centime additionnel amélioré, y compris intégrant les forfaits remboursés dans le cadre de la gratuité des soins)

## Inclure d'autres services

La marche vers la CSU voulue par le PDSS passe également par un accroissement de l'offre de services. Différents axes de travail sont retenus comme prioritaires :

1. Le passage d'un modèle antérieur de SSP organisée autour des PMA et PCA à une offre de soins organisée autour d'un **Paquet des Services de Santé Essentiels (PSSE) adapté cycle de la vie**, ce qui implique notamment le
2. Déploiement de nouveaux services (via recherche et action sur les MNT, maladies dégénérative, prise en charge des maladies de la sédentarité et de la vieillesse dans le cadre de l'amorce de la transition épidémiologique et démographique)
3. La **systématisation du Paquet de soins complet au niveau des ReCo**
4. Introduction progressive de nouveaux intrants (vaccin palu, nouvelles moustiquaires...)

## Réduire la participation aux frais de santé par les usagers

Un troisième axe de travail consiste à la couverture du risque financier lié à la maladie. Cela passe par une réduction du cout résiduel assuré par le patient. Pour ce faire, le PDSS prévoit :

1. Le développement d'outils d'analyse de la structure des couts et du financement des soins et déploiement d'outil d'étude actuarielle pour disposer de données économétriques solides qui permettront,
2. Un travail sur la réduction des couts

- a. **En agissant sur les point d'inefficience économique** : respect de la carte sanitaire dans le déploiement des structures, des RHS, rationalité des prescriptions et action sur le cout des ME (**par ex : déploiement d'outils de type leDA**), solutions aux pertes pour le système de santé que constituent les ristourne et remises...
  - b. En déployant des approches intégrées, combinant notamment les logiques de campagnes, de test and treat, d'activités avancées intégrées pour **maximiser l'offre de service au point de contact et sortir des approches verticales pour développer une offre de soins centrée sur le patient**
3. En réduisant les couts supportés en cas d'épisode maladie par les patients, via,
- a. **INAM, pour opérationnaliser les gratuités des soins** pour les enfants de moins de 5 ans, la CPN, les césariennes, le planning familial et les cancers gynécologiques. Le déploiement de l'INAM doit favoriser :
    - i. Des effets systémiques et s'appuie pour des **procédures de vérification uniques, basées sur une gestion des risques en s'appuyant sur la production de données (DHIS2 et SIGL, puis dossier patient)**,
    - ii. La coordination des fonds des programmes déployés par les projets et programmes de Gratuité-FBR dans le cadre d'un **Fonds Commun Virtuel**
    - iii. **La valorisation des contributions / dons** des PTF qui cofinancent la gratuité (vaccination (GAVI, FBMG...), 3 maladies (FM, PMI, ONUSIDA...), fistules, malnutrition (UNICEF)...)
  - b. **Le déploiement de pilotes pour définir un modèle d'assurance médicale départementale**
  - c. **Assurer une prise en charge à terme du risque maladie en fonction de la capacité contributive**, via des modèles hybrides (gratuité, subvention et financement intégral des cotisations d'assurance).

## A l'interface de ces 3 axes de travail : l'enjeu de la qualité des soins.

L'amélioration de la qualité des soins passe par un certain nombre de dispositifs et de reformes clefs, qui sont au cœur des priorités du MSP, notamment avec

- L'identification et le **déploiement d'outil d'amélioration de la qualité des diagnostics et de prescription** (par exemple comme leDA),
- **L'amélioration de la qualité et formation initiale des RHS**, recrutement et suivi, doublé de **l'identification et accompagnement des personnels a fort potentiel**,
- **Amélioration de la supervision et de l'accompagnement** (orienté par les tableaux de bord)
- Le déploiement des **Collaboratifs d'Assurance Qualité** et le travail sur les **solutions et innovations « par le bas »** déployées par les agents réformateurs.

## L'épine dorsale des reformes en cours et à venir à très court terme

La priorité pragmatique du MSP, est de commencer à déployer le PDSS en initiant un travail d'amélioration du fonctionnement de l'existant. Pour ce faire une épine dorsale de réformes prioritaire a été identifiée. Leur mise en œuvre est en cours. Elle constitue un premier cycle de travail qui doit permettre d'enregistre des succès rapides et conforter la dynamique de changement initiée par l'équipe centrale du MSP/P/AS. L'alignement et l'appui des PTF sur ces enjeux est fortement attendue.

