

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité-Travail-Progrès



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE, DE LA
POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES**



**STRATEGIE NATIONALE DE
FINANCEMENT DE LA SANTE
POUR UNE COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE A L'HORIZON 2030**

Version Finale de Mai 2023

Table des matières

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
PREFACE	4
RESUME	5
INTRODUCTION	8
I- CONTEXTE.....	9
1.1. Situation géographique et administrative.....	9
1.2. Tendances démographiques	9
1.3. Contexte macroéconomique et espace budgétaire pour la santé.....	10
1.4 Situation socio sanitaire	12
II- ANALYSE DE LA SITUATION	14
2.1- Principaux défis du système de santé	14
2.2- Analyse du système de financement de la santé pour la CSU	15
2.2.1- Mobilisation des ressources financières	16
2.2.2- Analyse de la dépense de santé	16
2.2.3- Mise en commun des ressources financières mobilisées	17
2.2.4- Achat des soins et services.....	18
2.2.5- Gouvernance du système de financement pour la CSU.....	18
III- ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE	20
3.1. Vision, valeurs et principes.....	20
3.2. Objectifs.....	20
3.3. Axes stratégiques et principales actions	21
IV- MECANISME DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI ET EVALUATION DE LA SNFS	27
4.1- Mécanismes de mise en œuvre de la SNFS.....	27
4.2- Mécanisme de suivi et évaluation de la SNFS.....	30
4.3- Conditions de succès et risques	31
BIBLIOGRAPHIE.....	32
ANNEXES.....	33

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANRP	Agence Nigérienne de Réglementation du secteur Pharmaceutique
CN	Consultation du nourrisson
COGES	Comité de Gestion
COSAN	Comité de Santé
CPNR	Consultation Prénatale Recentrée
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSME	Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DCS	Dépense courante de
DEP	Direction des Etudes et de la Programmation
DIES	Direction des Infrastructures et des équipements sanitaires
DOS	Direction de l'Organisation des Soins
DPG	Dépense Publique Globale
DPS	Dépense Publique de Santé
DPPD	Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DRFM	Direction des Ressources Financières et du Matériel
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRSP/P/AS	Directions Régionale de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
DS	Direction des statistiques
EDSN	Enquête Démographique et de Santé au Niger
EPA	Etablissement Public à caractère Administratif
FBR	Financement basé sur la performance
FCS	Fonds Commun Santé
INAM	Institut National d'Assistance Médicale
MD	Ministère de la Décentralisation
MEPS	Ministère de l'Emploi et de la Protection Sociale
MF	Ministère des Finances
MFP	Ministère de la Fonction Publique
MID	Ministère de L'intérieur et de la Décentralisation
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
OSC	Organisation de la Société Civile
PAP	Plan Annuel de Performance
PDSS	Plan de développement sanitaire et Social
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaires techniques et Financiers
RAP	Rapport Annuel de Performance
SG	Secrétaire Général
SNFS	Stratégie Nationale de Financement de la Santé
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
USD	Dollar des Etats Unis

PREFACE

Par son Excellence Mr Le Ministre de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

RESUME

Les ambitions de La République du Niger en matière d'amélioration de l'état de santé des populations, en particulier les plus vulnérables, se heurtent à plusieurs goulots d'étranglement ou difficultés dont la mobilisation d'un financement suffisant, efficace, efficient et durable, et à des défis structurels et organisationnels dont en particulier la croissance démographique importante, le faible revenu des ménages et une gouvernance peu efficace de la santé.

L'analyse du financement de la santé fait ressortir neuf faiblesses essentielles :

- Les ressources mobilisées au profit de la santé restent largement en deçà des besoins du secteur (Pays) au regard des estimations et directives développées au niveau international ; le déficit varierait de 47,2 à 73,2 dollars par habitant et par an.
- Les ménages supportent 43,68% de la dépense de santé avec d'importants risques d'engagement de dépenses catastrophiques surtout chez les plus vulnérables, de surcroît les habitants en milieu rural moins couvert par les services de santé de qualité.
- Une faible appropriation des outils budgétaires par les responsables de la santé et un dialogue budgétaire très insuffisant ne permettant pas une allocation optimale des ressources nationales et une exécution efficiente des ressources décaissées.
- La faiblesse dans l'harmonisation et la synergie entre les multiples formes de financements (national, extérieur, communautaire) rendant la mobilisation, l'allocation et l'utilisation des ressources inéquitables et inefficientes. Les allocations rigides et ciblées des financements extérieurs des programmes, projets ou actions ne facilitent pas leur mise en commun et perpétuent la vision verticale par projets souvent plus efficace mais source d'inefficience et de non-pérennité des acquis des interventions qui en découlent.
- L'insuffisance dans la planification, l'absence de critères objectifs et rationnels pour l'allocation interne des ressources, la non effectivité de la budgétisation par programme, l'insuffisance de transparence et d'inclusion sont source d'iniquité dans l'affectation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé et entre différents types de structures de soins.
- L'absence d'outils nationaux contraignants en matière de programmation pluriannuelle sectorielle avec priorisation thématique, géographique et populationnelle et l'absence de cartographie des interventions ne favorise pas l'équité dans la répartition des financements extérieurs par zone géographique et par groupes cibles.
- La tarification des prestations de santé étant au centre de tout achat stratégique, il est noté une insuffisance dans l'harmonisation et dans l'actualisation des tarifs par niveau et par type de structures, et une absence d'organe de régulation de cette tarification protégeant les usagers et les structures de santé.
- L'insuffisance de ressources humaines qualifiées et expérimentées au niveau des services déconcentrés de l'Etat (DRSP-ECD-CSI) et l'application insuffisance des textes instituant la déconcentration et la décentralisation des services publics de santé sont responsables d'une forte centralisation des dépenses publiques de santé.

- Le processus de suivi de la mise en œuvre, de gestion de l'information et de prise de décision ne fonctionne pas de manière optimale et nécessite (i) plus d'engagement des responsables à tous les niveaux, (ii) plus de capacités techniques des responsables et cadres du système, (iii) plus d'outils souples et faciles d'utilisation et (iv) plus de culture de responsabilité, d'imputabilité et de redevabilité accompagnée d'un mécanisme juste «de récompenses-sanctions ».

En réponse à cette situation, la présente Stratégie nationale de financement de la santé vise à faire du Niger une Nation où toute la population, sans distinction socio-économique, a accès équitablement à des services socio-sanitaires de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité, garantissant la protection financière aux plus vulnérables et assurant la pleine participation de la communauté.

Cette stratégie s'appuiera sur des principes de multisectorialité inclusive et synergique, de décentralisation, d'utilisation efficace et efficiente des ressources, la valorisation et le renforcement des compétences nationales, la redevabilité et la transparence, d'équité dans l'accès aux services essentiels, de solidarité, d'éthique et d'intégrité.

La mise en œuvre effective de cette stratégie permettra (i) d'assurer la mobilisation des ressources financières nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030, (ii) de garantir une mise en commun efficace des ressources financières mobilisées, (iii) de passer à un achat stratégique incitatif à la performance dans l'utilisation des ressources à tous les niveaux du système de santé et (iv) d'assurer un accès équitable aux services de santé de qualité par niveau, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

Pour cela, elle sera déclinée en actions opérationnelles et tâches concrètes afin d'assurer leur exécution et d'établir de manière claire une planification complète et rationnelle de l'ensemble des activités à réaliser, de déterminer leurs responsables ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser pour la mise en œuvre effective de la stratégie. Ces actions opérationnelles devraient faire intervenir (i) le Cabinet du Premier Ministre ; (ii) le Ministère en charge des Finances ; (iii) le Ministère en charge du Plan ; (iv) le Ministère en charge de la Santé Publique et des Affaires sociales ; (v) les organes nationaux en charge de l'accès financier aux soins (INAM, assurances/mutuelles, ...) ; (vi) les autres ministères techniques concernés par l'action de santé ; (vii) le secteur privé ; (viii) la société civile, (ix) les communautés et (x) les partenaires techniques et financiers (PTF).

Les revues semestrielles et annuelles du secteur seront renforcées afin de permettre un dialogue entre différents intervenants autour de bilans semestriels pouvant aboutir à des replanifications et des réallocations financières en cours d'année dans un but d'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du financement de la santé en conformité avec l'esprit de la réforme du budget-programme, et passer ainsi d'une logique de planification en fonction des budgets disponibles à une planification basée sur les résultats et les besoins réels.

Le succès de la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé dépendra particulièrement de la capacité de l'Etat à améliorer les conditions de bonne gouvernance et d'affirmer son leadership sur l'action de santé dans le cadre d'un dialogue politique franc, consensuel et constructif. De plus cela nécessiterait un engagement soutenu des PTF, un

renforcement institutionnel et organisationnel du MSP/P/AS et la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de suivi et de contrôle de l'exécution des actions et des dépenses à tous les niveaux.

En matière de communication stratégique autour de la SNFS, l'Assemblée Nationale, les instances de coordinations des PTF, du secteur privé et de la Société civile seront mis à contribution pour partager les options, mobiliser tous les acteurs de la stratégie et amplifier la communication autour de la SNFS. Parallèlement, un programme de mobilisation, d'explication et de sensibilisation sera mené au profit de tous les acteurs et des bénéficiaires afin que les devoirs et les droits des uns et des autres soient bien compris de tous, ce qui évitera certains obstacles lors de la mise en œuvre des choix.

Le cadre institutionnel mis en place pour le suivi de la mise en œuvre du PDSS, servira de cadre de référence pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la stratégie du financement de la santé. Comme annoncé, ce document stratégique sera traduit en plans d'actions annuels de mise en œuvre dont l'état d'exécution fera l'objet de rapports de progrès périodiques qui seront intégrées dans le rapport d'exécution annuel du PDSS.

INTRODUCTION

Au Niger, comme dans la plupart des pays à faibles revenus, les dépenses de santé restent encore insuffisantes pour garantir un accès équitable aux usagers des services de santé. Les financements de la santé au Niger proviennent principalement des ménages, de l'Etat, des bailleurs des fonds, des ONG, des entreprises, des assurances et mutuelles et des collectivités. Les crédits alloués au secteur de la santé par l'Etat sont limités dans un contexte où les besoins sont en forte croissance. En pourcentage du PIB nominal, la dépense de santé a représenté 6,43% en 2020. La DNS par habitant a légèrement augmenté entre 2019 et 2020. Elle est en effet passée de 21.375 francs CFA en 2019 soit 42,75\$ US contre 22.349 francs CFA en 2020 soit 44,70 \$US (1\$=500 F CFA).

A la suite de l'élaboration du nouveau PDSS 2022-2026, le Ministère de la santé publique, de la population et des affaires sociales (MSP/P/AS), appuyé par ses Partenaires techniques et financiers (PTF), a décidé de réviser la Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) afin qu'elle accompagne les nouveaux choix politiques et stratégiques en vue d'une couverture sanitaire universelle (CSU) à l'horizon 2030.

Cette stratégie de financement de la santé vise à servir de levier d'amélioration de la performance globale du système de santé avec ses six piliers¹, en particulier dans ses dimensions efficacité, efficience, équité et durabilité. Pour cela, le processus adopté pour son élaboration a été conçu de sorte à rendre cette SNFS à la fois ambitieuse et réaliste dans une démarche participative, impliquant les principaux acteurs du secteur.

Ainsi, plusieurs déterminants ont été pris en compte grâce à un ensemble d'études récemment menées autour du financement de la santé au Niger. Les principaux déterminants pris en compte sont (i) la croissance démographique ; (ii) la croissance économique ; (iii) le plateau technique des différents services de santé ; (iv) la quantité et la qualité des prestations offertes aux communautés ainsi que (v) les réalités socio-économiques des bénéficiaires.

La présente stratégie s'articule autour de trois principales parties : le résumé d'analyse situationnelle du financement de la santé, les orientations et choix stratégiques à l'horizon 2030 et les mesures de l'opérationnalisation et du suivi et évaluation de cette stratégie nationale de financement de la santé à l'échéance 2026.

¹ Les prestations de services, l'information sanitaire, les ressources humaines, le renforcement du système d'approvisionnement en intrants, la Gouvernance et le leadership des Etats et le financement de la santé

I- CONTEXTE

1.1. Situation géographique et administrative

Le Niger est un pays enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé entre 11° 37 et 23° de latitude Nord et entre le méridien de Greenwich et le 16° de longitude Est, à 700 km au Nord du Golfe de Guinée, à 1 900 km à l'est de la côte Atlantique et à 1 200 km au sud de la Méditerranée avec une superficie de 1 267 491 km². Le point d'accès à la mer le plus proche est le port de Cotonou (Bénin) situé à 1050 km de la capitale Niamey. Le Pays 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 ou semi désertiques, et le quart restant couvre la zone sahélo-soudanienne dans la partie Sud et extrême sud. Le principal cours d'eau permanent est le fleuve Niger qui traverse le pays sur 550 km.

Sur le plan administratif, le Niger compte huit (8) régions, 63 départements, 266 communes dont 52 communes urbaines et 214 communes rurales. Les Collectivités territoriales (Régions, communes) constituent des entités autonomes dotées de personnalité morale et 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, de villes et municipaux mis en place sur l'ensemble du territoire. La capitale du Pays est Niamey à l'extrême sud-Ouest au bord du fleuve Niger.

1.2. Tendances démographiques

Le Niger est caractérisé par une croissance démographique élevée. En effet, selon RGP/H 2012, le taux d'accroissement annuel intercensitaire est de 3,9% l'un des plus élevés dans la région africaine et au monde. La population du Niger a été multipliée par près de six, passant de 3,3 millions d'habitants en 1960 à environ 22,7 millions d'habitants en 2020. Cette forte croissance démographique est surtout liée à un fort taux de fécondité de 6,2 enfants² par femme qui reste encore l'un des plus élevés au monde. Cet état de fait quasi-stationnaire de la fécondité est essentiellement dicté par la forte prévalence du mariage précoce³. A cela s'ajoute une faible prévalence contraceptive⁴ et des efforts relativement peu probants en matière de scolarisation de la jeune fille⁵. Il faut noter que les adolescents de 15 à 19 ans contribuent à hauteur de 10,6% à cette fécondité.

La population du Niger est estimée, en 2021, à 23 591 983 habitants⁶ avec une parité entre femme/homme respectivement de 50,7% et 49,3%. Cette population est très jeune (49,6% ont moins de 15ans). La population active âgée de 15 à 64 ans représente 47,99% de la population. La jeunesse de la population sans cesse renouvelée, nécessite des investissements lourds et ciblés dans la santé sexuelle et reproductive, l'éducation et l'autonomisation des

² L'Indice Synthétique de Fécondité est passé pour l'ensemble du pays de 7,6 enfants par femme en 2012 (EDSN-MICS 2012) à 6,2 enfants par femme en 2021 (ENAFEME 2021)

³ 76,3% des femmes de 20 à 24 ans sont mariées avant l'âge de 18 ans et 28% avant l'âge de 15 ans en 2012

⁴ 12,1%, ENISED 2015 ; 18,5% en 2019, Track/FPET

⁵ En 2016, le taux brut de scolarisation des filles est de 70,2% au primaire, de 28,8% au secondaire premier cycle et de 5,7% au secondaire second cycle

⁶ Projection démographique INS 2012

jeunes pour réaliser leur plein potentiel afin de saisir l'opportunité du dividende démographique.

La tranche d'âge de 65 ans et plus (2,44% de la population) souffre de problèmes de santé et d'handicap physique ainsi que d'absence d'une couverture adéquate de sécurité sociale et de moyens économiques pour subvenir à leurs propres besoins. Plus de 84% de la population réside en milieu rural. Sur le plan religieux, l'islam est dominant à 99,3%, les chrétiens et les animistes représentent respectivement, 0,3% et 0,2%.

La population du Niger est composée de dix (10) groupes ethnolinguistiques : Arabe, Boudouma, Djerma-Songhaï, Gourmantché, Haoussa, Kanouri, Peul, Tassawaq, Touareg et Toubou. Les langues majoritairement parlées sont le Haoussa et le Djerma. Au plan administratif le français est la langue officielle du pays.

1.3. Contexte macroéconomique et espace budgétaire pour la santé

Sur le plan économique, malgré la conjoncture internationale difficile, le pays a pu maintenir une croissance économique assez importante avec en moyenne un taux de 6,7% sur la période 2017-2021. Le PIB nominal est de 7 909,30 milliards de FCFA (13435,30 millions de Dollars US) en 2020, soit 347 600 FCFA (590,5 US \$) par habitant et par an, avec une économie reposant principalement sur le secteur agro-pastoral et les services administratifs⁷.

En 2021, le taux de croissance de l'activité économique est estimé à 1,4 %, après 3,6% en 2020 pour un PIB nominal de 7 909,30 milliards de FCFA (13435,30 millions de Dollars US). Cette croissance économique du Niger demeure encore trop faible compte tenu du taux de croissance de sa population, pour permettre une amélioration du niveau de vie des nigériens.

L'économie du pays, peu diversifiée, repose principalement sur le secteur agro-pastoral pour au moins 40 % de son PIB et les services administratifs⁸. Les activités extractives ont participé à 6,87% de la richesse nationale produite⁹, avec le minerai d'uranium et le pétrole constituant les deux principales ressources naturelles du pays. En effet, le Niger est le 4ème producteur mondial d'uranium (environ 7% de part de marché) et en détient la 6ème plus grande réserve. Mais, le pays fait face à la faiblesse de son capital humain, de ses infrastructures et l'insuffisante diversification de son économie ainsi que de l'afflux de réfugiés fuyant les conflits au Nigéria et au Mali. De plus en 2021, le niveau d'extrême pauvreté s'élève à 41,8 %, touche plus de 10 millions de personnes. Ces éléments contribuent à expliquer pourquoi le Niger occupe la dernière place en termes de classement d'Indice de Développement Humain qui était estimé à 0,386 en 2017 à 0,377 en 2020 (PNUD 2021).

Une large majorité de la population active est engagée dans le secteur de l'agriculture, secteur de base de l'économie du pays, et fortement dépendant des conditions climatiques avec des périodes de sécheresse récurrentes. On observe donc de plus en plus la pratique de cultures de contre saison pour faire face au déficit alimentaire. L'arrivée massive de jeunes Nigériens dans le marché du travail sans débouchés augmente les charges qui pèsent sur l'Etat. La

⁷INS, Le Niger en chiffres 2014

⁸INS, Le Niger en chiffres 2014

⁹PDS 2011-2015

dernière enquête relative à l'emploi au Niger¹⁰ indique que le taux de chômage au sens du BIT en 2017 est évalué à 4,6%, voire 28,8% des personnes âgées de 15 ans et plus si on y rajoute les individus n'ayant pas recherché un emploi sur la période considérée. Les régions de Maradi (5,7 vs 38%), de Tillabéry, (4,8 vs 31,5%) et de Zinder (7,0 vs 33,3%) seraient plus touchées par le phénomène. Cette moyenne cache le caractère erratique de la croissance lié à la persistance des chocs survenus au cours de cette période, notamment les aléas climatiques (inondation, irrégularité des pluies, etc.), les menaces sécuritaires aux frontières avec la Libye, le Mali, le Nigéria, le Burkina Faso, le Tchad, et l'Algérie, et la pandémie de Covid-19 avec ses impacts socio-économiques en particulier sur les plus vulnérables.

Sur le plan social, les inégalités de genre demeurent importantes. L'indice de développement humain est de 0,321 pour les femmes et 0,443 pour les hommes. L'indice de développement du genre estimé est de 0,724. Ces inégalités sont encore plus perceptibles à travers l'indice d'inégalité entre les sexes pour lequel le Niger enregistre 0,642, et qui reflète les écarts entre trois domaines : (a) la santé reproductive (b) l'autonomisation et (c) l'activité économique des femmes. Ces résultats, reflètent le faible accès des femmes aux services de santé reproductive, leur faible statut social et leur manque d'autonomisation économique.

Par ailleurs, la crise sécuritaire a eu un impact négatif sur le système de santé avec la fermeture de formations sanitaires dans certaines localités par manque de personnel craignant pour sa vie, et les attaques des infrastructures et des ressources y compris des intrants nécessaires à l'offre de service.

Enfin, l'analyse de l'espace fiscal s'est focalisée, en plus des possibilités de mobilisation interne au secteur grâce aux mesures de réallocation et d'utilisation efficaces des ressources, sur la fenêtre existante en termes de proportion de dépenses publiques de santé dans les dépenses publiques globales (voir tableau ci-dessous). Il s'agit de l'espace fiscal sur ressources nationales auquel il faudra ajouter les fonds attendus et les possibilités de mobilisation de ressources extérieures.

Tableau 1 : Evolution des principaux indicateurs macroéconomiques et espace fiscal pour la santé

Indicateurs	Données collectées					Projections sur hypothèses de croissances		
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dépenses publiques globales (DPG en milliards de FCFA)	2 003,83	2 274,36	2 514,40	2 604,53	2 900,74	3 136,02	3 367,94	3 617,01
<i>Hypothèse 1 : Taux d'accroissement de la DPG</i>		13,5%	10,6%	3,6%	11,4%	8,1%	7,4%	7,4%
Dépenses publiques de santé (DPS en milliards de FCFA)	113,6	130,47	158,25	202,32	241,52	278,60	318,00	361,70
<i>Hypothèse 2 : Part de la DPS dans la DPG</i>	5,67%	5,74%	7,21%	7,77%	8,33%	8,88%	9,44%	10%
Espace fiscal sur ressources nationales (en milliards de FCFA)						37,09	39,40	43,70
Population du Niger (en millions d'habitants)	22,58	23,44	24,33	25,23	26,16	27,13	28,14	29,18

¹⁰ Enquête Régionale Intégrée sur l'Emploi et le Secteur Informel (ERI-ESI)

Indicateurs	Données collectées					Projections sur hypothèses de croissances		
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Taux d'accroissement de la population			3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%	3,70%
Les dépenses publiques de santé par habitant (FCFA)	5 031	5 566	6 504	8 019	9 230	10 268	11 302	12 396
Hypothèse 3 : le taux de change du dollar en FCFA	548	572	549	532	638	607	607	607
Les dépenses publiques de santé par habitant (USD)	9,18	9,73	11,85	15,07	14,47	16,92	18,62	20,42

Hypothèses de bases des calculs de l'espace fiscal :

- **La part de la Dépense publique de santé dans la Dépense publique globale qui évoluera de son niveau de 7,21% en 2020 à 10% en 2025 et à 15% en 2030**
- **Le taux de change du dollar resté constant au niveau actuel (507 FCFA pour un USD).**

1.4 Situation socio sanitaire

1.4.1. L'organisation du système de santé

L'organisation du système de santé du Niger est calquée sur le découpage administratif du pays avec :

- Au niveau national, l'administration centrale du Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales qui comprend, le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, l'Inspection Générale des Services, les quatre (4) Directions Générales, les vingt-cinq (25) Directions Nationales et les treize (13) Coordinations de programmes de santé.
- Au niveau régional, huit (8) Directions Régionales de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales (DRSP/P/AS) assurent la coordination et le suivi des actions de santé et d'action sociale, et apportent leur appui technique aux districts sanitaires placés sous leur responsabilité.
- Au niveau périphérique, la coordination et le suivi des actions de santé reposent sur soixante-douze (72) Districts Sanitaires.
- En outre, Il existe des services d'appui technique dont l'ONPPC, avec 3 dépôts de zone de médicaments, 42 pharmacies populaires, 21 centrales d'approvisionnement en médicaments et 132 officines privés.
- Outre les structures publiques relevant du MSP/P/AS, le système de santé comprend des établissements publics de soins relevant d'autres administrations publiques (services de santé des armées, centres médico-sociaux de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), les infirmeries des autres services publiques) et de 516 établissements privés¹¹ orientés vers les activités curatives et concentrés dans les centres urbains.

En matière d'offre de prestations de soins, le niveau tertiaire comporte six (6) Hôpitaux Nationaux et une (1) Maternité Nationale de Référence, qui sont tous des Etablissements

¹¹ 516 établissements privés : 55 cliniques et 6 polycliniques, 61 cabinets médicaux et 71 cabinets de Soins, 199 salles de soins, 69 infirmeries privées, 10 salles d'accouchements, 8 cabinets dentaires, 3 cabinets d'ophtalmologie, 3 cabinets de kinésithérapie et 2 hôpitaux privés à but non lucratif (SOMAIR et CURE), et un hôpital privé confessionnel à Galmi dans le district sanitaire de Malbaza dans la région sanitaire de Tahoua

Publics à caractère Administratif (EPA) et dix (10) autres centres nationaux de référence spécialisés.

Les soins de 2ème niveau de référence sont assurés par sept (7) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), sept (7) Centres de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME), cinq (5) Centres régionaux de transfusion sanguine et un (1) centre bucco-dentaire ;

Au niveau périphérique l'offre des soins de santé est assurée par 1194 Centres de Santé Intégrés et 2320 cases de santé. Les soins de référence sont assurés par 36 Hôpitaux de District (HD) dont 35 avec blocs opératoires fonctionnels¹².

La participation de la communauté et de la société civile est assurée aux différents niveaux à travers les comités de santé, les comités de gestion, les associations et les mutuelles de santé.

1.4.2. La situation sanitaire de la population

Le taux de mortalité a connu une baisse passant de 8,53 pour 1000 en 2017 à 7,82 pour 1000 en 2020 ; parallèlement, l'espérance de vie à la naissance s'est améliorée, passant de 61,60 ans en 2017 à 62,79 ans en 2020. Par ailleurs, les indicateurs de santé s'améliorent de manière plus rapide que la moyenne des pays de la sous-région ouest africaine. Même si un nombre important de décès aurait pu être évité, « *le taux de mortalité au Niger a fortement baissé, rattrapant les taux de mortalité moyens de l'UEMOA et de la région d'Afrique sub-saharienne. La réduction annuelle moyenne de 4,8 % chez les enfants de moins de 5 ans au cours des dernières décennies était supérieure à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (3,0 %) ou des pays à faible revenu (3,4 %)*¹³ ».

Le profil sanitaire de la population reste marqué par la prédominance des maladies infectieuses et nutritionnelles comme le paludisme, les infections respiratoires, la tuberculose, le VIH/SIDA, les parasitoses intestinales, certaines maladies d'origine hydriques et alimentaires ainsi que les différentes formes de malnutrition. A cela s'ajoute certaines maladies épidémiques qui apparaissent sous forme cyclique dont la méningite, la rougeole et le choléra. Dans le cadre de sa transition épidémiologique, le Niger fait face à l'émergence des pathologies non transmissibles d'origine métabolique telle que le Diabète, l'Hypertension artérielle et le cancer qui contribuent significativement à l'augmentation des taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies.

En réponse à cette situation, force est de constater que l'utilisation des services essentiels de santé reste très insuffisante. En 2020, le taux d'utilisation des services curatifs¹⁴ est de 49,5% pour une couverture sanitaire de 52,68% malgré la gratuité des soins curatifs pour certaines franges vulnérables. Pour la première consultation prénatale recentrée (CPNR N° 1), la proportion d'utilisation est de 77,26% (pour un objectif de 80%) et la couverture en CPNR N°4 n'est que de 34,41% malgré la gratuité totale de cette prestation et l'organisation des sorties foraines et mobiles décentralisées visant à atteindre le maximum de femmes enceintes. La consultation du nourrisson (CN) a toujours été gratuite et la couverture en CN°1 est de 95,74%. Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est resté faible en 2020 en dépit des efforts des services de santé visant à élargir cette prestation aux cases de santé. Ce taux est

¹² Annuaire statistique 2020

¹³ Analyse approfondie du système de financement de la santé au Niger, BM, 2022

¹⁴ Annuaire statistique 2020

resté à 38,96%. Au niveau de la planification familiale, le taux enregistré en 2020 a été aussi très faible avec 45,86% avec un taux élevé d'abandon (8,93%). La couverture vaccinale en Pentavalent, troisième dose, est de 97,70%.

L'analyse de ces différents taux d'utilisation des services de santé fait ressortir une sous-utilisation des structures de santé par les populations. Au-delà de l'accès géographique insuffisant aux structures de soins, cette faible utilisation traduit, par ailleurs, une crise de confiance entre les services de santé et les ménages pouvant être liée à l'insuffisance de la qualité des prestations de soins qui leurs sont offertes elle-même secondaire aux ruptures fréquentes d'intrants à tous les niveaux, à la faible qualité de l'accueil et à l'absentéisme prononcée du personnel déjà insuffisant. Les structures sanitaires, intermédiaires et périphériques en particulier, restent mal desservies en agents de santé et sont souvent tenues par des contractuels de santé ou des bénévoles.

II- ANALYSE DE LA SITUATION

2.1- Principaux défis du système de santé

Pays africain en voie de développement, le Niger est confronté à une multitude de défis sanitaires dont entre autres, une croissance démographique galopante avec un indice de fécondité très élevé dans un contexte de pauvreté prononcée des communautés, rurales en particulier, et d'accès limité aux services essentiels de santé avec paiement direct pour la quasi-majorité des ménages sans couverture assurantielle. Les familles font souvent face aux dépenses de santé catastrophiques les menant parfois à l'extrême pauvreté.

Selon des données récentes, les efforts du gouvernement du Niger ont porté leurs fruits, et le Pays a amélioré sa couverture sanitaire avec une progression plus rapide que la moyenne du groupe de pays similaires¹⁵. Cependant, la moitié de la population est à plus de 5 km d'une structure publique de santé et le Pays devra faire face à des évolutions inégales entre la couverture sanitaire et les besoins de santé par région directement liés en partie à la croissance démographique par région.

D'une manière générale le système de santé du Niger fait face à plusieurs défis d'ordre structurel et organisationnel qui sont entre autres :

- L'étendue du territoire et la faible densité d'habitant au km² qui rend l'accès aux soins essentiels difficile et réduit les efforts de l'Etat dans l'élargissement de la couverture sanitaire visant à atteindre les communautés les plus reculées par une offre de soins de qualité ;
- La forte dépendance du financement des services de santé (i) de la contribution des ménages ayant un faible revenu et (ii) des apports extérieurs, souvent aléatoires et tributaires de conditionnalités institutionnelles ;
- L'insuffisance de contribution de l'Etat central et des collectivités territoriales au financement de la santé du fait de la faible priorité accordée au secteur de la santé dans un contexte d'insécurité à laquelle le gouvernement consacre plus en plus de ressources financières ;

¹⁵ Analyse approfondie du système de financement de la santé au Niger, BM, 2022

- Le fort taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile ;
- La maîtrise de la prise en charge et la prévention des maladies infectieuses et parasitaires qui constituent les principales causes de morbidité et de mortalité au sein des communautés;
- L'émergence des maladies non transmissibles comme le diabète, l'hypertension artérielle et les cancers ;
- L'insuffisance des plateaux techniques des structures sanitaires à tous les niveaux (faible couverture en équipements et matériel technique) ;
- L'insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité, très mal réparties entre les régions et les districts sanitaires ; la majorité du personnel de santé est en situation de bénévolat et de contractuel peu motivé ;
- Le faible accès des ménages aux produits essentiels de santé suite à des ruptures fréquentes en intrants au niveau des structures de santé du fait de leur faible capacité de renouvellement des stocks secondaire à l'insuffisance des fonds alloués à la dotation en produits essentiels de santé avec un système d'approvisionnement peu efficace et dépendant des appuis extérieurs ;
- La persistance au niveau des communautés de comportements, habitudes et attitudes peu favorables à un bon état de santé avec un accès insuffisant à l'eau potable et aux mesures d'hygiène et d'assainissement.

Plusieurs goulots d'étranglement en lien avec les déterminants de la santé entravent le processus de soins :

- La disponibilité des ressources humaines, des médicaments et des autres produits essentiels de santé n'est pas garantie de manière permanente à tous les niveaux de la pyramide de soins ;
- L'accès géographique à des infrastructures de santé convenablement équipées, dotées en ressources humaines et de produits de santé n'est garanti qu'à la moitié des nigériens ;
- L'utilisation convenable des soins essentiels est handicapée par la faiblesse de l'accès financier d'une population à majorité rurale avec un niveau élevé de pauvreté et sans mécanismes adéquats de couverture du risque maladie, mais aussi par la qualité de l'accueil ;
- La qualité des soins offerts n'est pas toujours optimale, en cause l'insuffisance de normalisation et de suivi des services offerts, la faiblesse de la formation continue et la qualité pas toujours garantie pour les médicaments et consommables essentiels, mais aussi pour les autres intrants utilisés pour le diagnostic des maladies.

2.2- Analyse du système de financement de la santé pour la CSU

L'analyse du Financement de la santé au Niger (voir rapport¹⁶) a permis de dégager un ensemble de constats relatifs à l'analyse de la dépense de santé, à la mobilisation et à la mise en commun des ressources, aux achats des services et soins de santé, et à la gouvernance du système de santé.

¹⁶ Rapport analyse du financement de la santé, MSP/P/AS, mars 2023

2.2.1- Mobilisation des ressources financières

Quatre constats ont été retenus relativement à la mobilisation des ressources :

- 1- Malgré les efforts consentis (voir tableau 1), les ressources mobilisées restent largement en deçà des besoins du Pays au regard des estimations et directives développées au niveau international ; le déficit varierait de 47,2 à 73,2 dollars par habitant et par an¹⁷ en fonction du degré d'ambition du scénario. Cette insuffisance de financement serait due (i) à une faible priorisation accordée à la santé dans les prévisions budgétaires de l'Etat dans un environnement macro-économique peu favorable, (ii) à une faiblesse des capacités de mobilisation des ressources et (iii) à l'insuffisance du suivi de la performance des ressources allouées malgré le passage à une approche de budget-programme.
- 2- Pour financer ses besoins – tenant compte d'importants défis auxquels il fait face – le système de santé s'est tourné surtout vers les ménages qui supportent 43,68% en 2020 de la dépense de santé avec d'importants risques de dépenses catastrophiques chez les plus vulnérables, de surcroît habitant en milieu rural moins couvert par les services de santé de qualité. Cette situation serait liée (i) à la faiblesse des systèmes de couverture du risque maladie et (ii) à l'insuffisance des budgets des structures de soins les motivant de plus en plus à collecter des ressources lors de la dispensation des soins dans le cadre d'une tarification peu harmonisée et non basée sur une évaluation objective des coûts réels des prestations de santé.
- 3- Insuffisance d'appropriation par les responsables du secteur des nouveaux outils de gestion budgétaire (DPPD, PAP, RAP,) consécutive à un dialogue insuffisant entre le Ministère de la santé d'une part et les Ministères des finances et du Plan d'autre part.
- 4- En s'engageant sur une évolution de la part de la DPS dans la DPG pour atteindre, d'ici 2030, le niveau d'engagement d'Abuja (15%), le Pays pourrait dégager un espace fiscal substantiel pour la santé qui viendra s'ajouter aux efforts du secteur lui-même en améliorant l'efficacité de sa dépense, et à celui des PTF pour un accompagnement plus efficace en faveur de cette ambition.

2.2.2- Analyse de la dépense de santé

Trois constats ont été retenus relativement à l'analyse de la dépense de santé :

- 1- Le Pays dispose d'une diversité de sources de financement et de modalités d'exécution qui, pour le moment, constituent une entrave à une allocation efficace, efficiente et équitable de la ressource publique de santé. Toute réforme ou mesure visant plus d'harmonie et de synergie dégagerait indirectement d'importantes ressources en interne grâce à l'utilisation plus efficace, plus efficiente et mieux ciblées des ressources mises à disposition.
- 2- Jusqu'à présent, la ressource financière mobilisée dans le secteur a davantage bénéficié (i) aux prestations curatives (un quart), (ii) à l'acquisition des produits pharmaceutiques (un tiers), (iii) aux trois régions les moins pauvres et (iv) aux dépenses de fonctionnement (plus de 90%). Cependant, (i) la prévention coûte beaucoup moins cher et a plus d'externalités positives, (ii) l'acquisition de ces produits pharmaceutiques pèsent lourdement sur la

¹⁷ Rapport technique analyse approfondie du système de financement de la santé au Niger ; BM ; 2022 ; P9

dépense de santé des ménages, (iii) les régions les plus pauvres ont les indicateurs de santé les plus inquiétants et (iv) le système de santé a besoins d'investissement pour plus d'accès aux services essentiels de santé en milieu rural et péri-urbain.

3- Cette allocation inéquitable et inefficace constitue en soi une opportunité de mobilisation interne (réallocation) de ressources grâce à un meilleur ciblage et aux réformes qui devraient l'accompagner.

2.2.3- Mise en commun des ressources financières mobilisées

Sept constats ont été retenus relativement à la mise en commun des ressources :

1- Le FCS constitue un exemple et un dispositif clé de mise en commun des ressources fongibles des PTF pour le financement du PDSS. Pour mobiliser de nouveaux PTF, une réforme du FCS a été déployée. Elle vise à améliorer la gestion à tous les niveaux de la pyramide et le suivi de la performance de la mise en œuvre du PDSS.

2- Le budget de l'Etat – une autre forme de mise en commun partielle des ressources à travers le compte unique du trésor – pourrait s'améliorer en quantité (plus de ressources) et en qualité (meilleure allocation) si un réel dialogue politique s'instaurait entre le MSP/P/AS et les Ministères des finances et du plan. C'est ainsi que l'arbitrage budgétaire ne serait plus « à un sens » mais serait un espace de dialogue régulier renforçant la responsabilité, l'imputabilité et la redevabilité mutuelle des trois Ministères face aux engagements en santé du Président et du gouvernement.

3- Les allocations rigides et ciblées des financements extérieurs des programmes, projets ou actions ne facilitent pas leur mise en commun et perpétuent la vision verticale par projets souvent plus efficace mais source d'inefficace et de non-pérennité des acquis des interventions qui en découlent. D'autre part, les coûts des multiples unités de gestion constituent également des sources de déperdition de ressources du système.

4- Iniquité dans l'allocation des ressources budgétaires nationales entre différents niveaux du système de santé entre différents types de structures de soins et en fonction des catégories de dépenses s'explique par (i) l'insuffisance dans la planification ; (ii) à l'absence de critères objectifs devant être obligatoirement respectés lors de l'allocation interne des ressources, (iii) à la non effectivité de la budgétisation par programme et (iv) à l'insuffisance de transparence et d'implication des responsables sectoriels ou des programmes de santé dans la prise de décision en matière de répartition interne des ressources.

5- Exécution partielle des financements d'investissement alloués au secteur de la santé dans le budget de l'Etat, liée (i) à une libération fragmentée et tardive des crédits délégués et (ii) à une insuffisance de maîtrise des processus de passation des marchés publics.

6- Iniquité dans la répartition des financements extérieurs par zone géographique et par groupes cibles secondaire (i) à l'absence d'outils nationaux contraignants en matière de programmation pluriannuelle sectorielle avec priorisation thématique, géographique et populationnelle, (ii) à l'absence de cartographie exhaustive des interventions des PTF, (iii) à l'insuffisance de coordination entre le Ministère de la santé et le Ministère du Plan et (iv) à l'insuffisance d'affirmation du leadership du Ministère de la santé.

2.2.4- Achat des soins et services

Quatre constats ont été retenus relativement à l'achat des soins et services :

- 1- Les modalités diverses d'achat des prestations de santé répondent en partie aux caractéristiques d'achat stratégique (gratuité, FCS, FBR) ou d'achat passif (budget Etat, autres financements extérieurs, recettes propres des structures) et sont handicapées par la faible qualité et la disponibilité des données sanitaires.
- 2- La tarification des prestations de santé étant au centre de tout achat stratégique, il est noté une insuffisance dans l'harmonisation et dans l'actualisation des tarifs par niveau et par type de structures, et une absence d'organe de régulation de cette tarification protégeant les usagers et les structures de santé.
- 3- Avec 43,68 % de la dépense de santé en 2020, les ménages supportent une part importante exposant les plus vulnérables parmi eux aux dépenses catastrophiques de santé. Ce qui montre que la grande majorité des prestations relèvent d'un système de paiement direct affectant la protection financière des plus démunis. Cela souligne l'insuffisance du système d'identification des plus vulnérables et la faiblesse de son articulation avec le système de gratuité.
- 4- Enfin la dépense de santé n'est ni efficiente, ni équitable, ne tirant pas profit de l'analyse des évidences afin de mieux orienter les futures programmations budgétaires. La mauvaise répartition des ressources humaines et la juxtaposition de ruptures et de péremption des produits de santé renforcent le caractère structurel des causes de cette inefficience et de cette iniquité.

2.2.5- Gouvernance du système de financement pour la CSU

Cinq constats ont été retenus relativement à la gouvernance du système de santé :

- 1- Le processus de planification à moyen terme (PDSS) a particulièrement amélioré la participation des acteurs. Néanmoins, son caractère non contraignant pour les intervenants au même titre que le compact ne renforce pas le leadership du Ministère jugé insuffisant, ni l'harmonisation et la synergie des actions de santé responsables en partie de l'inefficience de la dépense.
- 2- L'opérationnalisation du PDSS garantit une participation large des intervenants et une prise en compte des priorités des acteurs opérationnels à tous les niveaux. Cependant, elle se heurte à l'insuffisance des ressources mobilisées face aux besoins énormes.
- 3- Forte centralisation des dépenses de santé secondaire (i) à une Insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau des services déconcentrés de l'Etat (DRSP-ECD) et (ii) à une application insuffisance des textes instituant la déconcentration des services publics de santé.
- 4- Le processus de suivi de la mise en œuvre, de gestion de l'information et de prise de décision ne fonctionne pas de manière optimale et nécessite (i) plus d'engagement des responsables à tous les niveaux, (ii) plus de capacités techniques des responsables et cadres du système, (iii) plus d'outils souples et faciles d'utilisation et (iv) plus de culture de responsabilité,

d'imputabilité et de redevabilité accompagnée d'un mécanisme juste «de récompenses-sanctions ».

5- L'insuffisance du dialogue politique entre les Ministères des finances et du plan et le Ministère de la santé ne favorise pas la multisectorialité de l'action de santé ni l'efficience dans l'allocation et l'exécution des ressources.

III- ORIENTATIONS STRATEGIQUES EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SANTE

3.1. Vision, valeurs et principes

A l'horizon 2030, faire du Niger une Nation où toute la population, sans distinction socio-économique, a accès à des services socio-sanitaires de qualité sur la base d'un financement durable respectant les principes d'équité et de solidarité, garantissant la protection financière aux plus vulnérables et avec la pleine participation de la communauté.

Cette stratégie repose sur les valeurs et principes suivants :

- La **multisectorialité inclusive et synergique**, avec la participation active et effective des communautés dans une dynamique de dialogue politique et sociétal continu autour de plans d'actions pluriannuels.
- La **décentralisation** dans la prise de décisions aux niveaux déconcentrés.
- Un financement suffisant, bien reparté et disponible à temps en considérant la dépense en santé comme un investissement sûr.
- L'**utilisation efficace et efficiente des ressources** visant à rendre disponible un paquet de services essentiels de qualité avec **valorisation et renforcement des compétences nationales** et **capitalisation des leçons** apprises aux niveaux national et international
- La **redevabilité et la transparence** à travers le devoir de rendre compte et le droit à l'information sur l'allocation et l'utilisation des ressources.
- Une **approche concrète** basée sur des objectifs intermédiaires réalistes, une séquence d'actions programmées et une définition claire des responsabilités.
- L'**équité dans l'accès aux services essentiels** de santé à travers l'application de critères objectifs d'allocation des ressources.
- La **solidarité** afin d'assurer l'inclusion sociale des indigents et des groupes vulnérables dans les principaux mécanismes assurantiels.
- L'**éthique et l'intégrité** en vue de l'adoption de comportements individuels et collectifs respectueux de la dignité des personnes.
- La mise en place d'un système efficace et inclusif de suivi des actions et des financements, et l'appréciation des effets de ces actions sur l'accès des populations aux services essentiels de santé.

3.2. Objectifs

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé vise à :

OS1 : Assurer la mobilisation des ressources financières nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030.

OS2 : Garantir une mise en commun efficiente des ressources financières mobilisées.

OS3 : Passer à un achat stratégique incitatif à la performance dans l'utilisation des ressources à tous les niveaux du système de santé.

OS4 : Assurer un accès équitable des services de santé de qualité par niveau, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

OS5 : Assurer la bonne gouvernance dans l'allocation et l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières basée sur un système intégré de suivi et d'évaluation des financements de la santé.

3.3. Axes stratégiques et principales actions

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action								
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
OS1 : Assurer la mobilisation des ressources financières nécessaires à une couverture sanitaire universelle à l'horizon 2030	Identification et renforcement d'un cadre approprié durable pour des échanges autour du financement de la santé	SG/MSP/P/AS	- Mobilité des responsables - Non fonctionnement effective du cadre	X								
	Renforcement du dialogue budgétaire entre les Ministères de Finances, du plan et celui de la Santé	SG/MSP/P/AS	Mobilité des responsables	X								
	Renforcement du dialogue interne de gestion au sein du MSP/P/AS	MSP/P/AS	- Faible engagement politique	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Amélioration de la mobilisation des ressources internes et externes pour la santé	DEP/DRFM/MSP	- Contraintes macro-économiques et sécuritaires - Survenue de catastrophe - Inefficacité dans l'exécution des ressources		X							
	Renforcement de capacité des acteurs chargés de la mobilisation des ressources	SG/DEP/DRFM	- Mobilité des responsables	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mise en place de mécanismes innovants de mobilisation des ressources en faveur de la santé	DEP/MSP	- Obstacle au passage à l'assemblée nationale - Crise financière touchant les secteurs concernés - Dépense supplémentaire aux ménages		X							
OS2 : Garantir une mise en commun efficiente des ressources financières mobilisées	Mise en œuvre effective de la réforme du FCS	SG/MSP	- Réticence/Retrait des PTF pour l'adhésion au FCS - Absence de l'Etat dans le FCS		X							
	Mise en place du Fonds Commun Virtuel	INAM			X							
	Alignement de l'aide budgétaire sur les indicateurs et reformes clefs du PDSS				X							
	Renforcement du cadre réglementaire régissant les financements en matière	SG/MSP	- Possibilité de contourner le MSP		X							

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action								
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
	de santé (textes, compact, lettre d'entente)		<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse de l'influence du MSP par rapport aux accords le concernant - Insuffisance dans le respect de ses engagements 									
	Renforcement de l'alignement des PTFs	SG/MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilité de contourner le MSP - Faiblesse de l'influence du MSP par rapport aux accords le concernant - Insuffisance dans le respect de ses engagements 			X						
	Optimisation de la consommation des crédits d'investissement alloués au secteur de la santé	SG/MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance quantitative et qualitatives des capacités techniques en passation des marchés - Régulation budgétaire inappropriée 		X							
	Priorisation de certaines catégories de dépenses et d'investissement dans la régulation budgétaire (libération des fonds)	SG/MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisances et retards dans la libération des crédits par le MF - Insuffisances dans l'ordonnancement déconcentré au MSP 		X							
	Régulation des approches projet et des Unités de Gestion	SG /MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Préexistence des accords et engagements ; - Faible influence du MSP ; 									
OS3 : Passer à un achat stratégique incitatif à la performance dans l'utilisation des ressources à tous les niveaux	Harmonisation et généralisation des mécanismes d'achats stratégiques (Gratuite, FBR, Assurance maladies y compris les Mutuelles de santé)	MEPS MSP/P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Faible pouvoir d'achat ou faible revenu des ménages - - Réalités socio-culturelles responsables de réticences communautaires - Absence d'implication et de participation des collectivités 				X					

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action							
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
du système de santé			<ul style="list-style-type: none"> - Faible influence et problèmes d'alignement des partenaires - Multitude des approches et des partenaires 								
	Renforcement des capacités de l'INAM afin d'étendre la protection financière aux populations les plus vulnérables	SG/MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Sous-financement/retard de libération des fonds de l'Etat - Insuffisance de ressources humaines qualifiées et engagées 			X					
	Mise en place d'un système d'identification et d'immatriculation des bénéficiaires de protection financière en se basant sur le registre social unifié et le dispositif national harmonisé d'identification des personnes vulnérables.	MEPS MSP/P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Faiblesse des ressources financières nécessaires - Faible engagement/ implication des collectivités - Manque de transparence dans l'application des principes de base du registre social - Pesanteurs socio-culturelles - Insuffisance de coordination entre les ministères 			X					
	Institution d'une tarification basée sur une étude des coûts des prestations des services socio-sanitaires	DEP/DOS/MSP	Réticence du Ministère des finances / du niveau décisionnel politique			X					
	Régulation et harmonisation des tarifications protégeant les usagers et les services socio-sanitaires	SG/MSP	<ul style="list-style-type: none"> - Réticence du Ministère des finances / du niveau décisionnel politique - Réticence du secteur privé médical 			X					
	Renforcement du système d'information sanitaire de conventionnement, de facturation et de remboursement au profit d'un achat stratégique	SG(DS/INAM/DEP/DSN/ANRP)/MSP/P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Multiplicité des intervenants ; - Défis de l'interopérabilité des outils ; 								

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action									
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
OS4 : Assurer un accès équitable des services de santé de qualité par niveau, en particulier pour les groupes les plus vulnérables	Harmonisation et mise en application des paquets essentiels des services public et privé de santé	DOS/MSP/P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de couverture en ressources humaines et matérielles - Réticence du secteur privé 		X								
	Mise à niveau des plateaux techniques (équipements) en fonction des paquets essentiels des services de santé	DIES/DOS/MSP /P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Coût élevé de certains équipements - Faible capacité des entreprises privées nationales à rendre disponible les équipements biomédicaux - Multiplicité des marques de fabrication - Insuffisance des capacités techniques et matérielles de maintenance 			X							
	Elaboration et mise en œuvre d'un plan prévisionnel de recrutement et de formation continue du personnel	DRH/MSP/P/AS	Contraintes macro-économiques (masse salariale)		X								
	Mise en œuvre de la Fonction Publique territoriale (décentralisation du recrutement et de la gestion des agents de l'Etat, ...)	MFP/MD	Résistance à la décentralisation au niveau central		X								
	Amélioration du contrôle et de la régulation de l'approvisionnement de la distribution et du stockage des intrants thérapeutiques à tous les niveaux	ANRP/MSP/P/A S	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance des Partenaires à la chaîne unique d'approvisionnement - ARNP prestataire et régulateur" 			X							
	Amélioration du Système de Gestion Logistique des médicaments	ANRP/ MSP/P/AS	<ul style="list-style-type: none"> - Résistance des Partenaires à la chaîne unique d'approvisionnement - ARNP prestataire et régulateur" 		X								

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action								
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
	Mise en place d'une chaîne unique d'approvisionnement en médicaments et consommables	ANRP/MSP/P/AS	- Résistance des Partenaires à la chaîne unique d'approvisionnement - ARNP prestataire et régulateur"			X						
	Extension de la couverture sanitaire physique selon la carte sanitaire	SG/MSP/P/AS	Réticence politique au respect de la carte sanitaire				X					
OS5 : Assurer la bonne gouvernance dans l'allocation et l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières basée sur un système intégré de suivi et d'évaluation des financements de la santé	Accélération de l'application des textes régissant le transfert de compétences et des ressources aux collectivités territoriales	MID/MF	Réticence du ministère des finances			X						
	Institutionnalisation de la cartographie prospective des ressources des partenaires du secteur de la santé conformément à la carte sanitaire	DEP/MSP/P/AS	- Insuffisance de collaboration des partenaires - Faible prévisibilité des financements au niveau de certains partenaires - Irrégularité de mise à jour de la carte sanitaire			X						
	Opérationnalisation effective des cadres de concertation et de coordination à tous les niveaux et amélioration des modes de planification stratégique et opérationnelle	SG/MSP/P/AS	- Irrégularité dans la tenue des réunions selon les cadres prévus ; - Insuffisance des ressources financières.		X							
	Renforcement des capacités des responsables du secteur dans la maîtrise des outils de programmation, de gestion et de suivi budgétaire	DEP/DRFM/MSP/P/AS	- Insuffisance des ressources financières ; - Forte mobilité du personnel formé ; - L'insuffisance du partage d'informations.			X						
	Mise en place de mécanismes appropriés d'allocation et de gestion efficiente des financements de la santé	SG/MSP/P/AS	- Réticence de certains acteurs - Mauvais choix des priorités			X						

Objectifs Stratégiques	Principales Actions	Coordinateur de la mise en œuvre	Risques pour l'effectivité de la mise en œuvre	Année de début d'effectivité de l'action								
				2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
	Mise en place d'un mécanisme de coordination transparent de mise en œuvre du budget par les ordonnateurs des dépenses	SGA/ MSP/P/AS	Réticence de certains ordonnateurs			X						
	Instauration d'un mécanisme de contrôle citoyen	OSC	- Résistance des acteurs de la santé - Dépassement du champ d'action du contrôle citoyen - Résistance refus du politique				X					
	Mise en place d'un système de récompense/ sanction basé sur un système de suivi évaluation équitable et transparent ;	DRH/MSP/P/AS	- Résistance des acteurs de la santé - Résistance voire Refus du politique				X					
	Promotion de bonne pratique en matière de gestion des ressources de la santé	SG/ MSP/P/AS	- Interventionnisme ; - Résistance de certains acteurs au changement.		X							
	Promotion de l'action sociale au bénéfice des plus vulnérables	DGAS/ MSP/P/AS	Mauvaise identification des cibles		X							
	Définition et mise en œuvre d'un modèle unifié et harmonisé de FBR	DEP/ MSP/P/AS	- Réticence de certains partenaires - Inadéquation des principes du FBR avec le mode de gestion des finances publiques			X						
	Mise en place d'un système d'équité dans la gestion prévisionnelle des ressources humaines de santé	SG/ MSP/P/AS	- Réticence politique au respect des critères de l'équité - Réticence de certains partenaires sociaux			X						
	Renforcement du processus d'accréditation et de contractualisation des prestataires des services de santé	DRH, DOS/ MSP/P/AS	Résistance de certains acteurs et syndicats			X						
	Renforcement du Système d'information sanitaire avec accent particulier sur la digitalisation et l'interopérabilité	DSN/DS/ MSP/P/AS			X							

IV- MECANISME DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI ET EVALUATION DE LA SNFS

4.1- Mécanismes de mise en œuvre de la SNFS

La présente stratégie de financement de la santé sera déclinée en actions opérationnelles et tâches concrètes afin d'assurer leur exécution conformément à l'esprit et aux orientations de la stratégie. Cette opérationnalisation de la stratégie permettra d'établir de manière claire une planification complète et rationnelle de l'ensemble des activités à réaliser et de déterminer leurs responsables ainsi que les ressources nécessaires à mobiliser pour la mise en œuvre effective de la stratégie.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de financement de santé, ne peut être le fait du seul ministère en charge de la santé voir du seul secteur de la santé. En plus des autres acteurs du secteur public de santé, la participation de tous ainsi que l'amélioration du fonctionnement du système de santé dans son ensemble sont autant d'éléments essentiels pour s'acheminer vers l'atteinte des résultats visés pour une Couverture Sanitaire Universelle. La réussite de la mise en œuvre de la SNFS repose sur sa diffusion, sa vulgarisation et son appropriation par les acteurs et décideurs du secteur à tous les niveaux. Cela passe par la participation de toutes les parties prenantes à la mise en œuvre et au suivi de la stratégie comme lors de son élaboration.

Les actions opérationnelles pour la mise en œuvre adéquate de la stratégie devraient faire intervenir plusieurs acteurs nationaux et internationaux. Peuvent être cités, en particulier, (i) le Cabinet du Premier Ministre ; (ii) le Ministère en charge des Finances ; (iii) le Ministère en charge du Plan ; (iv) le Ministère en charge de la Santé Publique et des Affaires sociales ; (v) les organes nationaux en charge de l'accès financier aux soins (INAM, assurances/mutuelles, ...) ; (vi) les autres ministères techniques concernés par l'action de santé ; (vii) le secteur privé ; (viii) la société civile, (ix) les communautés et (x) les partenaires techniques et financiers.

Le Cabinet du PM assurera la coordination multi sectorielle de la mise en œuvre.

Le Ministère des Finances, en collaboration avec le Ministère du Plan, auront pour rôle de mobiliser les ressources nécessaires. Ceci passera notamment par l'élargissement de l'espace fiscal de l'Etat afin d'augmenter les ressources financières destinées à la santé.

Dans son volet « affaires sociales », le MSP/P/AS et le Ministère de l'emploi, du travail et de la protection sociale auront pour rôle, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale, de contribuer à la mise en commun des fonds et à l'achat des services en s'assurant que toutes les populations soient couvertes en particulier les plus vulnérables. Dans ce cadre, l'INAM, en tant que principal acheteur, assurera l'achat des services de la gratuité et sa responsabilité devrait s'étendre progressivement jusqu'au volet assurance maladie dans le cadre de l'expansion de la stratégie face aux risques liés à la maladie.

Dans ses volets « santé et population », le MSP/P/AS jouera le rôle de fournisseur de services avec son réseau d'établissements de santé et de régulateur du secteur de la santé. A ce titre il a entre autres missions de renforcer le mécanisme de coordination du secteur de la santé en vue de l'engagement des parties prenantes sur les priorités nationales, de garantir que les

mesures appropriées soient prises pour soutenir les différents efforts des autres parties. Il doit contribuer à la promotion, à l'harmonisation et la mise à l'échelle des mécanismes d'achat stratégique en collaboration avec le ministère des finances et les partenaires techniques et financiers.

Le secrétariat général du MSP/P/AS assurera un rôle primordial de coordination, garant de l'alignement des différents acteurs face aux orientations stratégiques. Il impulse et veille à l'exécution et la mise en œuvre des différentes réformes au sein du secteur à travers des textes appropriés. Sous l'autorité du Secrétaire Général, la Direction des Etudes et de la Programmation (DEP), en tant que cheville ouvrière de cette stratégie de financement, sera chargée principalement de préparer et assurer le suivi de l'exécution des actions, des engagements et activités planifiées. Son rôle reste déterminant dans l'audit, le contrôle et la supervision des mesures en lien avec l'offre de service de qualité dans le cadre du financement de la santé. Les autres directions du MSP/P/AS notamment la DRFM, la DMP, la DIES et la DRH, chacune en ce qui la concerne et selon sa spécialité et prérogatives, assurera son rôle dans la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé.

Les Services déconcentrés et décentralisés, à savoir les Directions Régionales et Départementales des différents ministères et les collectivités territoriales (Conseils régionaux et municipaux, ...) suivent et mettent en œuvre les orientations et processus en lien avec les fonctions du financement de la santé dans une approche globale et intégrée.

Les PTF bilatéraux et multilatéraux, en fonction de leurs mandats, apportent un appui technique et financier au processus de mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé. Leur alignement reste une préoccupation importante dans le sens d'une meilleure coordination des efforts vers les priorités nationales. L'adhésion d'un grand nombre de PTF au fonds commun est essentielle pour soutenir de façon pérenne la Couverture Sanitaire Universelle.

Le secteur privé et les organisations de la société civile demeurent des acteurs importants dans cette mise en œuvre. Ils devront être amenés à fournir des appuis et des services qui correspondent aux priorités définies dans la vision nationale en matière de financement de la santé du pays. Au vu de la diversification des acteurs privés et de la société civile du domaine de la santé, il sera auparavant nécessaire de les identifier et de les cartographier afin de les orienter et de les impliquer efficacement.

Les revues semestrielles et annuelles seront renforcées afin de permettre un dialogue entre différents intervenants autour de bilans semestriels pouvant aboutir à des replanifications et des réallocations financières en cours d'année dans un but d'amélioration de l'efficacité (exécution, absorption, réalisation) et de l'efficience du financement de la santé en conformité avec l'esprit de la réforme du budget-programme. Les revues devraient passer d'une logique de planification en fonction des budgets disponible a une planification basée sur les résultats et les besoins.

Les risques dans la mise en œuvre ont été listés dans le cadre logique de la stratégie de financement. Ce qui devrait permettre de développer des interventions de mitigation par anticipation afin d'assurer une mise en œuvre optimale.

Le succès de la mise en œuvre de la stratégie de financement de la santé dépendra particulièrement de la capacité du gouvernement à améliorer les conditions de bonne gouvernance et d'affirmer son leadership sur l'action de santé dans le cadre d'un dialogue politique franc, consensuel et constructif. De plus cela nécessiterait un engagement soutenu des PTF, un renforcement institutionnel du MSP/P/AS et la mise en œuvre d'un mécanisme efficace de suivi et de contrôle à tous les niveaux.

En matière de communication stratégique autour de la SNFS, l'Assemblée Nationale, les instances de coordinations des PTF, du secteur privé et de la Société civile seront mis à contribution pour partager les options, mobiliser tous les acteurs de la stratégie et amplifier la communication autour de la SNFS. Parallèlement, un programme de mobilisation, d'explication et de sensibilisation sera mené au profit de tous les acteurs et des bénéficiaires afin que les devoirs et les droits des uns et des autres soient bien compris de tous, ce qui évitera certains obstacles lors de la mise en œuvre des choix.

De manière concrète, le pilotage de la SNFS sera assuré par un Comité interministériel présidé par Mr Le Premier Ministre ; Le Ministre de la santé publique, de la population et des affaires sociales en assurera le Secrétariat à travers une cellule qui sera mise en place à cet effet.

Le Comité de pilotage aura pour missions :

- D'approuver le plan d'action annuel de mise en œuvre de la SNFS ;
- D'appuyer la mobilisation interne et externe des ressources ;
- De veiller à l'organisation de revues périodiques sur la base des résultats des rapports techniques et financiers (rapports d'évaluation, d'exécution budgétaire, de couverture des groupes cibles, de qualité des prestations et de satisfaction des populations) ;
- De veiller à la systématisation des audits et contrôles par niveau ;
- D'initier de nouvelles politiques ou réformes en relation avec la SNFS.

Le comité de pilotage se réunira une fois par semestre en session ordinaire sur convocation de son président. Les ordres du jour seront arrêtés par le Président sur la base des propositions de ses membres. Il pourra se réunir en session extraordinaire en cas de besoin. Il analysera les résultats obtenus en matière d'intrants, d'activités, de processus et d'impact sanitaire et les plans proposés en conséquence. Ces rencontres permettront aussi d'identifier les obstacles, les contraintes et les opportunités en vue d'une adaptation efficace des plans d'action sur la base de données factuelles.

En appui et en préparation des travaux du comité de pilotage, le MSP/P/AS mettra en place une cellule chargée de la gestion et du suivi de la mise en œuvre de la SNFS, de préparation des réunions du comité de pilotage et du suivi de la mise en œuvre de ses décisions. Au sein du secteur, cette cellule sera chargée de la gestion de toutes les questions liées à la mise en œuvre de la SNFS, notamment les activités de suivi et d'évaluation.

Cette cellule sera créée par arrêté du MSP/P/AS. Elle aura pour mission :

- De préparer les projets de plans d'action annuels en étroite collaboration avec des représentants des autres ministères sectoriels, des autres acteurs de la santé et des affaires sociales et des PTF ;

- De préparer la documentation à présenter lors des réunions du comité de pilotage ;
- D'assurer le suivi de l'exécution des plans d'action annuels ;
- D'organiser les revues et audits, semestriels et annuels et assurer la diffusion de leurs rapports ;
- De jouer le rôle d'interface entre les différentes parties prenantes dans la mise en œuvre de la SNFS ;
- Et de faire office d'unité de référence, de plaidoyer et de mobilisation des partenaires identifiés et potentiels.

La cellule de la SNFS sera présidée par le DEP et comprendra les directions et services concernés du MSP/P/AS ainsi que des représentants du secteur privé, de la société civile et des PTF. Elle sera mise en place par arrêté du MSP/PAS.

4.2- Mécanisme de suivi et évaluation de la SNFS

Le cadre institutionnel mis en place pour le suivi de la mise en œuvre du PDSS, servira de cadre de référence pour le suivi/évaluation de la mise en œuvre de la stratégie du financement de la santé. Comme annoncé, ce document stratégique sera traduit en plans d'actions annuels de mise en œuvre dont l'état d'exécution fera l'objet de rapports de progrès périodiques qui seront intégrés dans le rapport d'exécution annuel du PDSS. Des outils pertinents et des indicateurs de performance réalistes pour le suivi des financements seront développés et portés par la DEP. Ils seront utilisés pour la prise de décision en matière de mobilisation, d'allocation et d'utilisation des ressources aux différents niveaux du système de santé ainsi qu'aux domaines prioritaires de santé.

En effet, le PDSS a prévu la mise en place d'organes de coordination chargés de la planification et du suivi de la mise en œuvre : (i) les comités de santé (COSAN) et les comités de gestion (COGES) des CSI et des CS au niveau du District de santé, (ii) les comités régionaux de santé (CRS) au niveau régional, et (iii) les comités nationaux de santé et leurs comités techniques nationaux de santé au niveau national. « *Ces organes bénéficient d'une composition multisectorielle, intégrant d'autres acteurs comme les PTF, les organisations et associations de la société civile, les acteurs du secteur privé de la santé en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé, à la population et aux affaires sociales* ». Bien que ces cadres connaissent actuellement des difficultés dans leur fonctionnement, ils constituent une réelle opportunité pour l'amélioration du dialogue entre les différents acteurs et les différents niveaux afin de lever les obstacles qui se dresseront dans la mise en œuvre des actions sectorielles, en améliorant la redevabilité et la responsabilité dans le cadre d'un système basé sur la gouvernance locale.

Il est prévu dans le cadre du suivi du PDSS(i) de renforcer, à travers des réformes, les cadres de concertation et de coordination à tous les niveaux, (ii) d'améliorer et rendre efficace le suivi de la dépense publique de santé, (iii) de réformer le FCS (iv) d'aligner l'aide budgétaire sur des indicateurs adaptés, etc. Toutes ces dispositions devront également faire l'objet de suivi intégré dans la mise en œuvre de la SNFS.

La mise en place d'un contrôle citoyen et de l'observatoire national de la santé avec un tableau de bord à tous les niveaux pour renforcer la redevabilité et le pilotage stratégique, devrait

connaître la participation adéquate des différents acteurs (MSP/P/AS, MEF, PTF, ...) ce qui serait un véritable atout visant à renforcer le dialogue et le consensus autour des principales actions et orientations stratégiques définis dans la stratégie.

Le suivi-évaluation de la mise en œuvre de la SNFS sera donc réalisé à travers la conception d'une matrice de suivi-évaluation qui fait ressortir les réalisations au plan technique et financier des actions planifiées. Sous la responsabilité de la DEP, des revues ou évaluations semestrielles et annuelles devraient être suivies de l'élaboration de rapports de progrès périodiques. Par ailleurs, des évaluations indépendantes devront être menées afin d'assurer le suivi des processus et des effets. Les résultats issus de ces évaluations serviront aux ajustements et à la révision de la SNFS. Ces actions permettront de combler les insuffisances relevées dans le suivi des performances en matière de financement de la santé.

4.3- Conditions de succès et risques

Le succès dans la mise en œuvre de la présente SNFS dépendra, essentiellement, de deux aspects :

- L'engagement politique de haut niveau en faveur de la santé. Cet engagement s'est manifesté à maintes reprises et en de multiples occasions de la part du premier haut responsable du Pays, son Excellence Mr Le Président de la République. La présente stratégie constitue un des outils pour la matérialisation de cet engagement en faveur du financement d'une action de santé efficace, efficiente et durable pour une Couverture sanitaire universelle, bénéficiant en particulier aux groupes les plus vulnérables.
- L'engagement et une participation effective des PTF à accompagner cet élan et à renforcer ce leadership du Département en charge de la santé pour une planification, une mobilisation des ressources, une mise en œuvre et un suivi conjoint et responsable, transparent et inclusif. Le renforcement du fonds commun à travers la participation de tous les PTF et la mise en place de l'INAM répondant aux besoins des plus vulnérables constituent une matérialisation de cet accompagnement pour plus d'appropriation nationale, d'harmonisation et de redevabilité en conformité avec les déclarations internationales sur l'aide publique au développement et sur le financement de la santé.

Les risques ont été identifiés dans le cadre présentant les axes stratégiques et les principales actions à mettre en œuvre. Un plan de prévention et de gestion des risques sera élaboré et annexé au plan de mise en œuvre de la SNFS.

BIBLIOGRAPHIE

- Annuaires statistiques 2016 à 2020 ;
- Rapports des Comptes nationaux de santé de 2016 à 2020...
- Stratégie Nationale de Financement de la santé en vue de la couverture Universelle en Santé au Niger 2012-2022
- Etude sur les financements innovants pour le secteur de la santé du Niger, BM 2017
- Analyse approfondie du système de financement de la santé au Niger, BM, 2022
- Résumé d'évaluation du Fonds commun d'Appui à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire Octobre 2019 – Février 2020
- Diagnostic de la gestion des finances publiques au Niger : rapport provisoire mai 2021 ;
- Dossier d'Investissement SRMNIA (DI/GFF) 2020-2025
- Document des normes standards du système de Santé au Niger
- Documents de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD) 2022-2024 ;
- Manuel d'exécution des budgets programme-IDEA-International juin 2017 ;
- Plan National de Développement Sanitaire et Sociale, 2023-2026
- Plan d'actions annuelles (PAA) du MSP/P/AS de 2018 à 2020 ;
- Projets Annuels de performances (PAP) de 2018 à 2022
- L'alignement du financement basé sur la performance dans le domaine de la santé avec le budget du gouvernement, BM, 2021.
- Rapport définitif d'étude sur la déconcentration de l'ordonnancement 2019 ;
- Rapport d'études sur l'évaluation du système de gestion des finances publiques (PEFA), Union Européenne, Mars 2017
- Rapports d'exécution des programmes du MSP/P/AS (REP) ;
- Rapport Annuel de Performance (RAP) du MSP/P/AS de 2018 à 2020
- Revues annuelles des dépenses du MSP/P/AS de 2018 à 2020 ;
- Stratégie de réforme de la gestion des finances publiques du Niger : 2021-2025 ;
- USAID, le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Niger, 2017.

ANNEXES

TABLEAU N° 1 : PRINCIPALES PARTIES PRENANTES

Catégories	Concernés	Type de parties prenantes
Utilisateurs	Les hommes, les femmes, les adolescents et les enfants	Primaire (bénéficiaire)
	Groupes vulnérables (Personnes âgées ; personnes en situation de handicapées, indigents ; malades chronique etc.	
	Les réfugiés, les retournés, les déplacés internes et externes, victimes des catastrophes et des conflits	
	Entreprises privées, para publiques et publiques	
Administration	Les pouvoirs exécutif et législatif	Secondaire
	Les services techniques du secteur de la santé	
	Administration déconcentrée et décentralisée	
	Les Elus (Parlementaires, conseils régionaux, communaux...)	
Société civile	Les syndicats de la santé et de l'action sociale	Secondaire
	Les ONG et les associations nationales du secteur de la santé	
	Leaders d'opinion : Autorités coutumières, Autorités religieuses	
	Les membres de la diaspora	
	Les ordres des différents corps de santé	
	Les Sociétés savantes (ASGON, ASFN, ASNIPED)	
Les Partenaires Techniques et Financiers (PTFs)	Bilatéraux	Secondaire
	Multilatéraux	
	Les Agences des Nations Unies, les ONG internationales, les fondations et autres donateurs étrangers	
Les Prestataires	Les professionnels de soins et services du secteur public	Primaire
	Les professionnels de soins et services du secteur privé	
	Opérateurs du marché illicite (produits pharmaceutiques, etc.)	Affectés
	Fournisseurs, Consultants, Cabinets d'études	Secondaire
	Les tradipraticiens	
Les Institutions de Formation et de Recherche	Les centres de formation : FSS, Ecoles et Instituts privés de santé, Ecoles et instituts publics de santé	
	Les centres de recherche : CERMES, FSS, Faculté des Sciences, IRI, CNRD, CNRP, LANSPEX, INS, LASDEL, CPADS, URC	

Des analyses qui précèdent, les priorités et axes de travail suivant sont retenues pour faciliter la mise en œuvre du PDSS :

Conseils régionaux et Mairies et articulation avec les techniciens locaux. Poursuivre et renforcer la stratégie de médicalisation des CSI de type 2 dans les chefs-lieux de commune pour faire/renforcer la fonction de ces personnels à être les conseillers des maires sur les sujets de santé dans leur commune. Continuer de renforcer l'articulation des DRSP avec les conseils régionaux dans la même logique.

COGES-COSAN : les COGES et COSAN constituent les acteurs de planification et de gestion financière et opérationnelle au niveau des structures sanitaires et des départements. Ils sont les représentants des communautés. A ce titre, ils sont des acteurs clefs du système de santé. Néanmoins leur fonctionnement a été affaibli par le manque de renouvellement de ces structures (élections), d'accompagnement (formation, suivi...) et la réduction des budgets des structures (notamment du fait des problèmes de la politique de gratuité). Dans le cadre des stratégies ambitieuses qui seront engagées dans ce PDSS, le renouvellement de ces structures depuis la base et leur accompagnement constitue une priorité.

Les PTF regroupent un ensemble hétérogène d'acteurs, avec des priorités, des moyens et des stratégies qui diffèrent. Leur alignement sur le PDSS, dans le cadre de la lettre de la déclaration de Paris constitue une priorité. Dans ce cadre, la réforme des mécanismes de coordinations engagée sera poursuivie et devra être menée à bien. De même, les PTF doivent autant que faire se peut rejoindre des initiatives alignées sur les priorités du PDSS, notamment en assurant son financement par le canal du Fonds Commun Santé pour la dimension d'appui à l'offre de soins et via l'INAM pour les approches visant à stimuler la demande et l'orientation sur l'achat stratégique.

Services privés de santé : ici encore on constate une grande diversité d'acteurs dont les contributions et engagements dans l'atteinte des objectifs du PDSS varient. Certaines contributions sont locales, d'autres sont d'une grande importance et constituent des structures clefs dans l'offre de soins (Hôpital SIM, CURE...). Ces acteurs doivent être organisés en vue d'être mieux intégrés et d'assurer une contribution effective et documentée à l'atteinte des objectifs du PDSS. Un cadre de concertation de ces acteurs a été initié au cours du PDS passé. La collaboration avec la plateforme du secteur privé de la santé, créée en 2022, se devra d'être renforcée afin de parvenir aux objectifs du PDSS.

Les conditions d'exercice de ces structures et la qualité des soins prestés seront au cœur des mécanismes de contrôle portés par une IGS renforcée. Le renouvellement des autorisations d'exercice sera également conditionné à la promptitude, complétude et cohérence des données sanitaires transmises à la DS. Ce cadre de concertation renforcée et l'attention accrue accordée à la qualité des soins et du reporting renforcera la contribution de ces acteurs à l'atteinte des objectifs du PDSS.

Leaders d'opinion : les leaders traditionnels et religieux apportent des appuis différents aux objectifs du PDSS en fonction de leurs positionnements personnels et croyances sur certains enjeux. Si leur appui est en règle générale acquis, il reste difficile sur les questions qui touchent à la tradition, notamment sur les enjeux de la PF et de la SSR des jeunes. La poursuite du travail de sensibilisation et de plaidoyer sur ces sujets sera nécessaire.

Acteurs de la formation en santé : la multiplication des écoles privées de santé a démontré des limites en matière de formation des agents de santé notamment du fait de l'insuffisance de régulation concernant leur implantation. Le MSP/P/AS s'est engagé dans un travail de renforcement de l'offre de formation dans les écoles et Instituts publiques et privés de santé. Cette offre sera renforcée pour le secteur public avec le déploiement des ENSP et le renforcement de la formation dans les universités dans les régions. Cette stratégie sera poursuivie et doublée d'un travail de renforcement des standards en termes de cadre et de qualité de l'encadrement dans toutes les structures de formation qui sera conduit par une IGS renforcée.

Tradipraticiens : la contribution des tradipraticiens à l'offre de soins est importante mais difficile à évaluer du fait de l'éclatement de ces acteurs, de leur non enregistrement systématique et du peu de contrôle opéré sur leurs pratiques. Pour les associer aux résultats du PDSS le travail d'enregistrement

de ces acteurs et d'appui à leur organisation à la base, en lien avec les structures sanitaires sera renforcé.

Acteurs de l'approvisionnement en médicaments : sous la conduite de la DPH/MT la réforme du système d'approvisionnement est en cours. Il se structure autour de l'ONPPC dans le cadre d'une chaîne unique qui est dessinée et dont les modalités sont précises mais qui reste à être opérationnalisée, notamment à travers un travail d'alignement des contributions des PTF. La chaîne d'approvisionnement unique devient étendue au dernier kilomètre devient le cadre de référence pour la coordination des interventions. Les fournisseurs privés conservent une fonction d'acteurs de deuxième ligne. Ces différents acteurs seront mobilisés dans un cadre réglementaire et de moyens de contrôle de la qualité des médicaments renforcé. Ce cadre doit permettre d'appuyer le travail engagé par les forces de police dans le cadre de la lutte anti-drogue qui devrait être renforcé sur les médicaments illégaux et contrefaits.

Mutuelles et assurances : la création de l'INAM au cours du PDSS constitue un cadre unique de travail sur l'achat stratégique et de mise en synergie des méthodes et techniques de l'assurance au service d'objectifs de santé publique. Le cadre de l'INAM à court terme puis de la CNAM, en fin de PDSS ou dans le prochain, doit permettre de renforcer la protection contre les dépenses exceptionnelles de santé et d'articuler les différents régimes de protection.

Acteurs de la recherche et de la formation universitaire : le champ de la recherche en santé est dominé par les universités et quelques laboratoires de recherche. L'articulation avec la production des politiques publiques et la formation devra être renforcée à travers des cadres de coordination et opérationnels (Centres Hospitaliers notamment) à développer et renforcer de manière à éclairer les choix stratégiques sur des données probantes issues de la recherche.

Syndicats et Ordres socio-professionnels : un cadre de concertation très étroit a été développé par le MSP/P/AS avec les différents syndicats et ordres. Cela a permis de construire des consensus et d'éviter des grèves qui ont longtemps impacté la continuité et la qualité de l'offre de soins. Ce travail devra être poursuivi en cherchant à orienter les logiques syndicales et des ordres des différents personnels de santé vers les objectifs de santé publique du PDSS.