

REPUBLIQUE DU NIGER

Fraternité – Travail – Progrès



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES
Secrétariat Général**



**STRATEGIE NATIONALE DE LA
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE
AU NIGER
2021-2030**

Version de juin 2021

PREFACE

Au Niger depuis les années 90, début de l’ajustement structurel, le secteur de la santé fait face à une privatisation et une réduction des budgets alloués au secteur, entraînant du coup une incohérence entre le système de la santé et les valeurs d’équité, d’efficacité, d’efficience de solidarité et même de redevabilité. Aussi, le Ministère de la Santé Publique, de la Famille et des Affaires Sociales tente d’y remédier en menant plusieurs réformes parmi lesquelles l’élaboration de la stratégie de Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Cette stratégie s’appuie sur trois (3) piliers à savoir : l’offre des soins et services de santé de qualité, la protection financière des usagers et les déterminants de la santé.

Pour aboutir à la stratégie, le processus est passé par plusieurs étapes. Il est à noter qu’à terme la stratégie CSU est assortie d’un plan pluri annuel budgétisé, d’une feuille de route, d’une architecture, d’un organigramme décrivant les mécanismes de pilotage stratégique, technique, opérationnel et de suivi – évaluation.

A neuf (9) ans de l’échéance des Objectifs de Développement Durable (ODD) 2030, le Niger est confronté à un double défi relatif à la contribution du secteur de la santé pour l’atteinte de l’ODD 3.8. Aussi, le Niger doit-il engager des mesures énergiques pour d’une part améliorer l’offre des soins et services de santé de qualité (ODD 3.8.1) et d’autre part, promouvoir une meilleure protection financière contre le risque maladie (ODD 3.8.2) par la réduction significative des risques d’appauvrissement liés aux dépenses directes de santé des ménages en général et des dépenses catastrophiques en particulier¹.

Par ailleurs, la Constitution du 25 novembre 2010 du Niger stipule que « chacun a droit à la vie, à la santé, à la liberté, à la sécurité, à l’intégrité physique et mentale, à l’éducation et à l’instruction dans les conditions définies par la loi ». Pour traduire cette vision dans la réalité, le 27 avril 2018, l’Assemblée Nationale a voté la loi N° 2018 –22 du 27 avril 2018, déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale.

Le Ministère de la Santé Publique a élaboré en février 2021 le projet de loi spécifique à la Couverture Maladie Universelle (CMU). Notons aussi la création d’un Groupe de Travail National (GTN/CSU) par arrêté du Premier Ministre en 2014 et du Groupe de Travail Restreint (GTR/CSU) créé par arrêté du Ministre de la Santé Publique en 2015 puis modifié en 2017.

Simultanément avec le processus législatif qui était en cours, les acteurs de la progression de la CSU au Niger ont initié depuis 2014 un processus d’élaboration d’un premier plan stratégique de Couverture Sanitaire Universelle. A cet effet, un atelier de diagnostic et d’orientation de la couverture sanitaire s’est tenu en 2014 à Sadoré. Il a fallu septembre 2019 pour que se tienne à Dosso un autre atelier à l’issue duquel, le diagnostic de la situation de la couverture sanitaire a été validé, les principaux défis et les axes stratégiques ont été identifiés.

¹ Estimées à 54,91% en 2014, 52,27% en 2015, 54,95% en 2016 et 47,88% en 2017, 48,79% en 2018, 46,09% en 2019, selon les Comptes de santé, DEP/MSP, 2014-2019.

Le projet de stratégie de la CSU étant élaboré, un atelier de pré-validation du document, regroupant les membres du GTR et les principaux acteurs sectoriels, s'est tenu à nouveau à Dosso du 19 au 23 octobre 2020.

L'objectif général de la stratégie de la CSU est d'améliorer l'accessibilité financière aux services et soins de santé de qualité à travers plusieurs mécanismes de protection contre le risque maladie. Pour atteindre son objectif général, la stratégie vise les objectifs spécifiques suivants : (i) Améliorer les déterminants de la santé ; (ii) Améliorer l'offre de services de santé ; (iii) Améliorer la Protection Financière contre le risque maladie ; (iv) Rationaliser le système de financement de la santé pour la CSU ;

La Stratégie s'articule autour de quatre grandes orientations stratégiques. La première orientation stratégique comprend trois axes stratégiques, la seconde quatre axes stratégiques, la troisième deux axes stratégiques et enfin la quatrième en compte deux. Dans chaque axe stratégique, sont déclinés l'objectif stratégique, les résultats attendus, les actions et activités qui concourent à leur atteinte. Outre le cadre de mise en œuvre qui précise le mécanisme de pilotage et le rôle des organes, les ministères sectoriels sont répertoriés et leurs rôles définis. Une architecture de la CSU donne un aperçu global du système dans toutes ses composantes et un plan pluriannuel de budgétisation des activités détermine les coûts de mise en œuvre sur dix ans. Le cadre de suivi-évaluation avec les indicateurs est un autre instrument pour faire le monitoring de la stratégie, mettre en place un système d'information et assurer le reporting du progrès vers la CSU.

Le contenu et l'objectif de la stratégie traduisent aisément tous les enjeux pour le Niger d'adopter un tel document afin d'asseoir une politique solide et pérenne d'accès de nos populations aux soins de santé et cela conformément aux engagements politiques des plus hautes autorités de notre pays.

Le Ministre

Table des matières

PREFACE.....	i
Sigles et abréviations.....	vi
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	x
Résumé	1
1. Contexte et justification	2
1.1. Présentation du pays.....	2
1.1.1. Données générales du Niger	2
1.1.1.1. Données géographiques et organisation administrative	2
1.1.1.2. Données sociodémographiques	3
1.1.1.3. Données économiques	3
1.2. Objectifs de Développement Durable (ODD) et cadre de la CSU	4
1.2.1. Au niveau International.....	4
1.2.2. Au niveau Régional.....	6
1.2.3. Au niveau National	6
2. Situation actuelle : évolutions et défis du progrès vers la CSU	9
2.1. Etat de santé de la population	9
2.1.1. Situation épidémiologique	9
2.1.1.1. Données de base de la santé au Niger	9
2.1.1.2. Diagnostic de la situation épidémiologique	9
2.1.2. Les déterminants de la santé au Niger	10
2.1.2.1. Les déterminants comportementaux, environnementaux et métaboliques	10
2.1.1.1. Le déterminant en lien avec la gestion des finances publiques	11
2.2. Diagnostic du système de santé	12
2.2.1. Evolution récente de quelques indicateurs de santé au Niger	12
2.2.2. Prestations des services de santé.....	13
2.2.3. Ressources humaines pour la santé	14
2.2.4. Infrastructures et équipements médicaux	16
2.2.4.1. Les infrastructures	16
2.2.4.2. Les équipements.....	17
2.2.5. Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)	18
2.2.6. Le financement du système de santé.....	19
2.2.6.1. Collecte des ressources :	21

2.2.6.2.	Mise en commun des ressources :	22
2.2.6.3.	L'achat des services et le paiement des prestataires (inclus les allocations).....	23
2.3.	Etat de la protection sociale en santé au Niger	23
2.3.1.	Le régime d'assurance maladie des fonctionnaires, élèves et étudiants.....	23
2.3.2.	Les régimes des gratuités de soins ciblées	24
2.3.3.	Le système du recouvrement partiel des coûts	26
2.3.4.	Les mutuelles sociales	26
2.3.5.	L'assurance maladie privée commerciale	26
2.3.6.	La Caisse Nationale de Sécurité Sociale	27
2.3.7.	Les évacuations sanitaires à l'extérieur.....	27
2.4.	Défis de la marche vers la CSU au Niger	29
3.	Cadre conceptuel de la stratégie.....	30
3.1.	Vision.....	30
3.2.	Objectifs et orientations stratégiques	30
3.2.1.	Objectifs de la stratégie.....	30
3.2.2.	Piliers d'intervention	30
3.2.2.1.	Les déterminants de la santé	31
3.2.2.2.	L'offre des soins et des services de santé de qualité	31
3.2.2.3.	La protection financière	31
3.3.	Méthodologie d'élaboration de la stratégie	33
3.4.	Conditions nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie et risques.....	34
3.4.1.	Hypothèses	34
3.4.1.1.	Hypothèse n°1 :	34
3.4.1.2.	Hypothèse n°2 :	36
3.4.1.3.	Hypothèse n°3 :	37
3.4.1.4.	Hypothèse n°4 :	38
3.4.2.	Risques.....	39
4.	Priorités stratégiques de la CSU	40
4.1	Orientation Stratégique n°1 : Amélioration des déterminants de la santé	40
4.1.1.	Axe stratégique n°1 : amélioration de l'état nutritionnel de la population.....	40
4.1.2.	Axe stratégique n°2 : amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement	43
4.1.3.	Axe stratégique n°3 : amélioration de la lutte contre la pollution.....	43
4.2.	Orientation Stratégique n°2 : Amélioration de l'offre de services de santé	48

4.2.1.	Axe stratégique n°4 : amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé	49
4.2.2.	Axe stratégique n°5 : amélioration de l'accès aux soins et services de santé	50
4.2.3.	Axe stratégique n°6 : amélioration des prestations de soins et services de santé	52
4.2.4.	Axe stratégique n°7 : définition d'un panier de soins et panier de services adapté aux besoins et aux moyens nationaux	53
4.3.	Orientation Stratégique n°3 : Amélioration de la Protection Financière contre le risque maladie.....	60
4.3.1.	Axe stratégique n°8 : fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes	60
4.3.2.	Axe stratégique n° 9 : mise en œuvre progressive d'une couverture maladie universelle	62
4.4.	Orientation Stratégique n°4 : Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU	66
4.4.1.	Axe stratégique 10 : Mutation d'un achat passif à un achat stratégique des soins et services de santé	66
4.4.2.	Axe stratégique n°11 : intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux.....	68
5.	Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la stratégie CSU.....	70
5.1.	Cadre de mise en œuvre de la stratégie CSU.....	70
5.1.1.	Mécanisme de pilotage de la stratégie	70
5.1.1.1	Organes de pilotage et leurs rôles	70
5.1.2.	Ministères sectoriels et leurs rôles dans le pilotage de la CSU	72
5.1.3.	Facilitateurs et leurs rôles dans le pilotage de la CSU.....	74
5.1.4	Architecture de la Couverture Maladie Universelle.....	75
5.2.	Cadre de suivi- évaluation de la stratégie CSU	77
5.2.1.	Les indicateurs de suivi de la stratégie nationale de la CSU	77
5.2.2.	Système d'information et mécanisme de collecte de l'information	79
5.2.2.1.	Mécanisme de reporting	79
6.	Budget.....	80
7.	Chronogramme des trois premières années de mise en œuvre de la feuille de route	84
ANNEXES		89
Annexe 1 : Plan d'actions pluriannuel budgétisé.....		90

Sigles et abréviations

AFDH	Approche Fondée sur les Droits Humains
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANiCMU	Agence Nigérienne de Couverture Maladie Universelle
CHP/CSU	Comité de Haut Niveau de Pilotage pour la Couverture Sanitaire Universelle
CIOPS	Comité Interministériel d’Orientation de la Protection Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Caisse Nationale d’Assurance Maladie
CNCL	Centre National de Lutte Contre le Cancer
CS	Comptes de la Santé
CNS	Comité National de Santé
CTNS	Comité Technique National de Santé
CTNPS	Comité Technique National de Protection Sociale
CSI	Centre de Santé Intégrée
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHIS	District Health Information Software
DPPD	Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses
DOS	Direction de l’Organisation de Soins
DRSP	Direction Régionale de la Santé Publique
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECVMA	Enquête Nationale sur les Conditions de Vie des Ménages et l’Agriculture
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FCS	Fonds Commun Santé
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GTN	Groupe de Travail National
GTR	Groupe de Travail Restreint
HTA	Hypertension Artérielle
INAM	Institut National d’Assistance Médicale
INS	Institut National de la Statistique
IST/VIH	Infection Sexuellement Transmissible / Virus de l’Immunodéficience Humaine

MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MH/A	Ministère de l’Hydraulique et de l’Assainissement
MIILDA	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide Longue Durée d’Action
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSP/P/AS	Ministère de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales
MT	Maladies Transmissibles
MTA	Médicaments Traditionnels Améliorés
MNT	Maladies Non Transmissibles
OCASS	Observatoire Citoyen d’Accès aux Soins des Services de Santé
ODD	Objectif de Développement Durable
ONPPC	Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques
PAA	Plan d’Actions Annuel
PAP	Projet Annuel de Performance
PCA	Paquet Complémentaire d’Activités
PDC	Plan de Développement Communal
PDS	Plan de Développement Sanitaire
PDES	Plan de Développement Economique et Social
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d’Activités
PNB	Produit National Brut
PNSN	Politique Nationale de Sécurité Nutritionnelle
PIB	Produit Intérieur Brut
PTF	Partenaire Technique et Financier
PRODEHA	Programme de Développement de l’Eau, Hygiène et Assainissement
RAMO	Rapport Annuel de Mise en œuvre
RAP	Rapport Annuel du Programme
RGPH	Recensement Général de la Population et de l’Habitat
RHS	Ressources Humaines en Santé
SDDE	Stratégie de Développement Durable de l’élevage
SIS	Système d’Information Sanitaire
SONU	Soins Obstétricaux Néonatales d’Urgence
SNIS	Système National d’Information Sanitaire

SUN	Scaling Up Nutrition (réseau)
TB	Tuberculose
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

Liste des tableaux

Tableau no 1 : Ressources humaines en santé	14
Tableau no 2 : Ratios personnel nombre habitants	15
Tableau no 3 : Cartographie de l'offre de soins publique/privée	17
Tableau no 4 : Récapitulatif des différents régimes de couverture du risque maladie ...	27
Tableau no 5 : Descriptif de modes d'intervention des trois piliers de la CSU	32
Tableau no 6 : Principaux risques et mesures d'atténuation	39
Tableau no 6 : Synopsis de l'orientation stratégique1 et de ses axes.....	45
Tableau no 7 : Synopsis de l'orientation stratégique2 et de ses axes.....	55
Tableau no 8 : Synopsis de l'orientation stratégique3 et de ses axes.....	64
Tableau no 9 : Synopsis de l'orientation stratégique4 et de ses axes.....	69
Tableau no 10 : Ministères porteurs de déterminants de la santé et leurs missions	72
Tableau no 11 : Indicateurs de la CSU.....	77
Tableau no 12 : Récapitulatif du financement par orientation stratégique.....	80
Tableau no 13 : Récapitulatif du financement par axe stratégique.....	81
Tableau no 14 : Chronogramme de la feuille de route	84

Liste des figures

Figure no 1 : Espérance de vie à la naissance au Niger	9
Figure no 2 : Les dix Principales morbidités au Niger en 2019	10
Figure no 3 : Principales causes des décès enregistrées au Niger	11
Figure no 4 : Evolution du taux de mortalité infantile au Niger (%)	13
Figure no 5 : Evolution des indicateurs de la Santé de la Reproduction	13
Figure no 5 : Evolution des indicateurs d'accès aux soins et services de santé entre 2010 et 2020	14
Figure no 6 : Evolution des taux de rupture des molécules du panier par type de structure	16
Figure no 7 : cadre analytique du système de financement de la santé.....	21
Figure no 8 : Evolution de la part des ménages dans les dépenses courantes au Niger...	22
Figure no 9 : Evolution de la part des dépenses publiques consacrées à la santé dans le PIB	35
Figure n° 10 : Evolution des taux de malnutrition chronique et malnutrition aigue globale des enfants < 5ans.....	41
Figure no 11 : Organes de pilotage de la stratégie au Niger	71
Figure no 12 : Architecture de la CMU au Niger	76

Résumé

Dans le Programme de Renaissance Acte II, le Président de la République du Niger a pris l'engagement de relever les défis d'améliorer l'état de santé de la population de manière significative. Le Programme de Renaissance Acte III conforte cet engagement politique. De même, la Déclaration de Politique Générale du Premier Ministre en son axe 3 réaffirme la ferme volonté politique du 1^{er} gouvernement de la 3^e législature de la 7^e République d'assurer la protection financière des usagers par l'institution de la Couverture Maladie Universelle et la promotion des mutuelles de santé. La 74^{ème} session des Nations Unies, tenue le 23 septembre 2019 à New York a adopté en présence des dirigeants du monde entier, **la déclaration de politique** sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Celle-ci reconnaît que la CSU est le terme englobant la réalisation d'une vie saine et du bien-être pour tous et à tous les âges. La présente stratégie nationale de la CSU (2021-2030) se propose de mobiliser l'ensemble du pays dans l'atteinte de l'objectif 3 des Objectifs de Développement Durable (ODD), à savoir « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Les résultats attendus de la stratégie sont :

1. L'ensemble de la population du Niger est en meilleure santé, notamment parce que les **déterminants de la santé**, d'ordre comportemental, psycho-social, environnemental et métabolique, sont mieux pris en considération sur le plan individuel et collectif ;
2. L'ensemble de la population du Niger dispose d'une **offre des soins et des services de santé** de qualité qui lui garantit une prise en charge adéquate, dans le cadre d'un système de santé efficient et résilient ;
3. L'ensemble de la population du Niger utilise les services de santé sans difficulté financière, grâce à un système de financement de la santé performant et une protection financière contre le risque maladie basée sur une Couverture Maladie Universelle.

La stratégie propose 11 axes d'intervention répartis sur quatre orientations stratégiques et met l'accent sur quatre hypothèses fondamentales comme suit :

Orientation stratégique 1

Axe stratégique n°1 : amélioration de l'état nutritionnel de la population ;

Axe stratégique n°2 : amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement ;

Axe stratégique n°3 : amélioration de la lutte contre la pollution ;

Orientation stratégique 2

Axe stratégique n°4 : amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé ;

Axe stratégique n°5 : amélioration de l'accès aux soins et services de santé ;

Axe stratégique n°6 : amélioration des prestations de soins et services de santé ;

Axe stratégique n°7 : définition d'un panier de soins et panier de services adapté aux besoins et aux moyens nationaux ;

Orientation stratégique 3

Axe stratégique n°8 : fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

Axe stratégique n°9 : mise en œuvre progressive d'une Couverture Maladie Universelle

Orientation stratégique 4

Axe stratégique 10 : Mutation d'un achat passif à un achat stratégique des soins et services de santé ;

Axe stratégique n°11 : intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux.

Hypothèse n°1 : plus de santé est obtenue avec l'argent disponible, et plus de ressources publiques nationales sont mises à disposition pour la santé ;

Hypothèse n°2 : le dialogue national dans toutes ses dimensions est amélioré, y compris le dialogue politique, social et sociétal, et l'intégration de la problématique du genre ;

Hypothèse n°3 : les défis de la CSU étant profondément adaptatifs, tout est mis en œuvre pour un meilleur leadership ;

Hypothèse n°4 : évolution favorable de la société sur le plan démographique et éducatif / culturel.

En outre le document de la présente stratégie comporte :

- Une synthèse de son budget prévu de 2021 à 2030 et les détails du budget en annexe ;
- Le chronogramme de sa feuille de route des trois premières années de mise en œuvre ;
- L'organigramme de pilotage, d'orientation et d'exécution et ;
- L'architecture de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

La mise en œuvre de la stratégie et son suivi-évaluation se feront au niveau intersectoriel ; et son portage politique par le comité de haut-niveau de pilotage composé des membres du Gouvernement et les partenaires techniques et financiers, tel que prévu par l'organigramme du pilotage, de l'orientation et de l'exécution de la présente stratégie.

1. Contexte et justification

1.1. Présentation du pays

1.1.1. Données générales du Niger

1.1.1.1. Données géographiques et organisation administrative

Le Niger est un pays enclavé, situé en Afrique de l'Ouest avec une superficie de 1 266 491 km², limité au Nord par la Lybie et l'Algérie au Sud par le Nigéria et le Bénin à l'Ouest par le Burkina et le Mali et à l'Est par le Tchad. Les trois quarts du pays sont désertiques et le quart restant est constitué d'une zone sahélienne et soudanienne dans la partie Sud. L'essentiel des activités agro-pastorales est concentré dans ce quart du territoire national où les précipitations sont aléatoires, irrégulières, déficitaires dans le temps et dans l'espace, et en baisse régulière sur les 30 dernières années. Cette situation a entraîné une aggravation du processus de désertification et une instabilité de la production agro-pastorale. Ce processus de fragilisation du système écologique est renforcé par l'impact du changement climatique, devenu une préoccupation de premier ordre pour le pays.

Sur le plan administratif, le Niger compte 8 régions, 63 départements et 266 communes. Les Collectivités territoriales (Région, commune) constituent des entités autonomes dotées de la

personnalité juridique, de compétences et de ressources propres. Elles sont gérées par des organes élus en vertu des principes fondamentaux de la libre administration. La Région et la Commune sont opérationnelles avec des Conseils Régionaux et Municipaux.



Carte administrative du Niger

1.1.1.2. Données sociodémographiques

Le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH/2012) a estimé la population du Niger à 17 138 707 habitants qui passe à 21.942.943 habitants en 2019 avec un taux d'accroissement moyen annuel de l'ordre de 3,9%. L'indice Synthétique de Fécondité qui est de l'ordre de 7,6 enfants par femme en âge de procréer (15-49 ans), selon EDS-MICS IV2012 contre 7,1 de l'EDS-MICS III 2006. Cet indice, le plus élevé au monde pose de défis majeurs pour l'éducation, la santé, la nutrition, l'hygiène et l'assainissement et l'accès à l'eau potable. En effet, cette croissance rapide de la population entraîne une forte demande en infrastructures sanitaires et a également une influence sur l'offre de soins.

1.1.1.3. Données économiques

Le Niger a enregistré ces dernières années des progrès importants sur certains indicateurs socio-économiques malgré quelques disparités au niveau régional. Il est important de souligner que le pays a réalisé les travaux d'actualisation de ses comptes nationaux. Ces travaux ont concerné la prise en compte des changements méthodologiques dans l'élaboration des comptes nationaux apporté par le nouveau Système de Comptabilité Nationale des Nations Unies (SCN 2008) et le changement de l'année de base des comptes nationaux qui passe de 2006 à 2015 afin de prendre en compte les changements constatés dans l'économie nigérienne.

Les premières estimations du Produit Intérieur Brut (PIB) de l'année 2019, exprimées aux prix de l'année 2015, font ressortir un taux de croissance économique **de 5,9%** contre **7,1%** en 2018 et **5,0%** en 2017. Cela s'explique par un ralentissement de la croissance du secteur primaire essentiellement imputable à la baisse de la production agricole pluviale, consécutivement à une mauvaise pluviométrie. Le taux de croissance du secteur primaire se situe à **3,4%** en 2019 contre **7,8%** en 2018. Cette forte baisse du rythme de la croissance du secteur primaire a été atténuée par l'accélération ou la poursuite de la croissance dans les secteurs secondaire (**8,7%** en 2019 contre **5,8%** en 2018) et le tertiaire (**7%** en 2019 contre **5%** en 2018).

En terme nominal, le Produit Intérieur Brut (PIB) enregistre une progression de **6,6% passant de 7.138,6 milliards de FCFA** en 2018 à **7.610,4 CFA** en 2019. MSP/P/DEP CS 2019. En termes de PIB/habitant, une légère augmentation du PIB par tête passant de **337,3 en millier de FCFA** en 2018 à **346,8** en millier de **FCFA** en 2019 est enregistrée.

En termes réels, le PIB par tête est en augmentation de 1,9% en 2019. Cette évolution est un ralentissement comparativement à sa progression de l'année précédente qui était de 2,9%. La baisse du rythme de croissance du PIB réel par tête est la conséquence de la baisse de la production agricole pluviale qui a impacté le secteur primaire au-delà des bonnes performances dans les autres secteurs de l'activité économique.

La Dépense Nationale de Santé (DNS) par habitant a légèrement augmenté entre 2018 et 2019. Elle est en effet passée de **19.584 francs CFA** en 2018 soit **39,17\$ US** contre **21. 375 francs CFA** en 2019 soit **42,75 \$US** (1\$=500 F cfa).

Malgré le sous financement du secteur de la santé la dépense par habitant s'approche des estimations de l'OMS qui est de **44 \$US** par an et par habitant pour des interventions sanitaires essentielles. Cette dépense est néanmoins essentiellement portée par les dépenses des ménages, sous la forme de paiement direct des soins. En 2019, les dépenses directes des ménages représentaient 46,09% de la dépense courante de santé, selon les CNS 2019.

Le Niger reste encore à la traîne dans le classement de l'indice de développement humain avec **0,394** en 2019 (*Rapport sur le Développement Humain 2020, PNUD*).

Environ **40,8 %** de la population nigérienne vit en dessous du seuil de pauvreté (*moins d'un dollar US par jour*) selon les données de l'enquête EHCVM-2018 de l'INS.

L'accroissement rapide de la population exerce de fortes pressions sur les infrastructures socioéconomiques de base et limite l'effet des gains de croissance économique encore irréguliers et tributaires des aléas climatiques.

1.2. Objectifs de Développement Durable (ODD) et cadre de la CSU

1.2.1. Au niveau International

La couverture universelle repose sur la Constitution de l'OMS de 1948, qui proclame que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978. L'équité est un principe cardinal. Cela signifie que les pays doivent suivre les progrès non seulement au sein de la population nationale en

général mais aussi au sein de différentes catégories (c'est-à-dire par niveau de revenu, sexe, âge, lieu de résidence, situation migratoire et origine ethnique).

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) consiste « à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers » (OMS, 2015). Bien avant et surtout depuis le rapport 2010 de l'OMS sur la santé mondiale, la CSU gagne l'assentiment des autres organisations internationales et un mouvement en faveur de la CSU se développe à l'échelle mondiale. Cet élan mondial en faveur de la CSU a permis la création du Partenariat International de Santé (IHP+) en 2007, qui en 2016 a été transformé en Partenariat International de Santé pour la CSU². Une réunion de haut niveau organisée par les Nations Unies au mois de septembre 2019 a lancé un nouvel appel en faveur de la promotion de la CSU. La déclaration en fait reconnaît que la couverture sanitaire universelle exige un changement de paradigme et que la CSU est le terme englobant la réalisation d'une vie saine et du bien-être pour tous à tous les âges. Selon le Secrétaire Général de l'ONU cette déclaration politique est « non seulement l'accord le plus global jamais passé sur la santé universelle », mais aussi « une vision pour la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030.

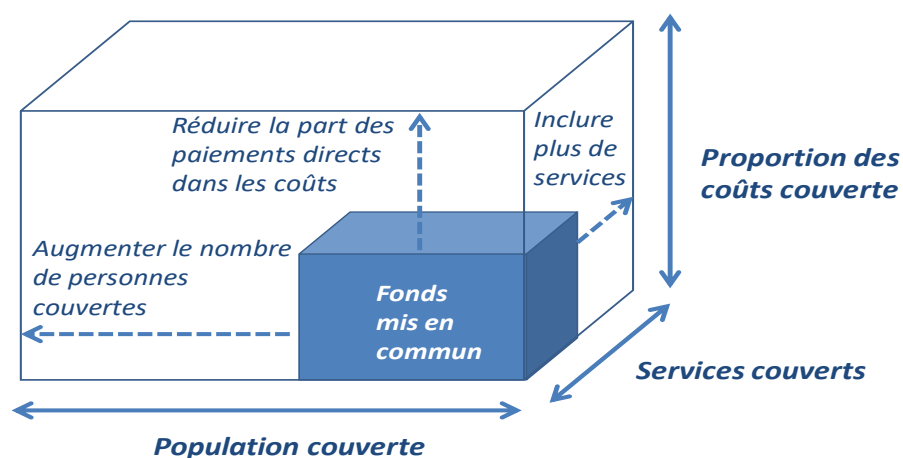
Réaliser la CSU de manière idéale signifierait que 100% de la population soit couverte pour 100% des services et prestations de santé jugés nécessaires grâce à des mécanismes permettant le paiement de 100% des dépenses de santé sans aucune barrière financière d'accès. Il va de soi que cet objectif n'est jamais atteint, même dans les pays les plus riches. **L'enjeu consiste donc à améliorer progressivement l'accès de la population à des prestations de santé de qualité les plus complètes possibles, dans un contexte de fortes contraintes économiques et financières.** Pour y parvenir, il sera nécessaire d'effectuer des arbitrages entre **trois dimensions fondamentales de la couverture universelle** :

- L'étendue de la population couverte (qui est couvert ?)
- Les prestations et services couverts (quels services sont couverts ?)
- L'importance de la couverture contre le risque financier (quelle proportion des coûts est couverte par d'autres mécanismes que les paiements directs ?)

Ces trois dimensions peuvent s'illustrer par le schéma suivant, où l'ensemble des dépenses de santé est représenté par la plus grande des deux boîtes, tandis que la plus petite représente les fonds mis en commun pour répartir les risques financiers de la maladie sur la population par d'autres mécanismes que les paiements directs des usagers.

²En effet, début 2016, le Comité directeur et les signataires de l'IHP+ ont accepté d'élargir le mandat de l'IHP+ pour y inclure le renforcement des systèmes de santé (RSS), dans la perspective de la réalisation d'une couverture santé universelle (CSU). Ils ont également convenu d'élargir la base du partenariat pour répondre aux ODD relatifs à la santé, qui s'appliquent à tous les pays, riches et pauvres.

Trois dimensions à considérer lors de la progression vers la couverture universelle en santé



Source : Rapport mondial de la santé, OMS, 2010

C'est donc, ce cadre de référence mondial qui sert de base de travail, dans le cadre de l'élaboration du présent document de stratégie nationale.

1.2.2. Au niveau Régional

Plusieurs pays en développement, se sont engagés dans des réformes qui visent à atteindre les objectifs de la CSU, c'est-à-dire étendre l'accès aux services de santé, résoudre les problèmes d'équité et créer des mécanismes de protection contre le risque financier lié à la maladie. En Afrique de l'Ouest en général et dans les Etats membres de l'UEMOA en particulier, depuis la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB) de 1987, plusieurs stratégies et mécanismes nationaux de financement ont été formulés et mis en œuvre à l'effet d'assurer une meilleure disponibilité des soins pour les populations et une meilleure accessibilité financière de celles-ci aux soins. On peut citer la promotion, au sein des Etats membres de l'UEMOA, des mutuelles de santé et autres systèmes de micro-assurance santé, l'adoption en 2001, de la Déclaration d'Abuja, à travers laquelle les Chefs d'Etat se sont engagés à allouer au moins 15% du budget national pour le financement du secteur de la santé, etc.

1.2.3. Au niveau National

Une étude menée au Niger en 2006³, dans le domaine de la santé, note une faible fréquentation des services de santé à cause du « coût élevé des prestations de service, au regard de l'état de pauvreté monétaire des populations ». Cette situation étant liée à la mise en œuvre de l'IB dans son volet Recouvrement des Coûts, le Gouvernement a instauré des mesures d'exemption de

³Le Droit à la santé au Niger, Rapport d'analyse des politiques et du financement de la santé de 2000 À 2008, Alternative Espaces Citoyens

paiements pour certaines catégories de population. Ces mesures qui sont appliquées sur l'ensemble du territoire national, devraient contribuer à la protection des ménages contre le risque financier lié au paiement des soins de santé. Cependant, on constate que, malgré ces mesures d'exemption, malgré les gratuités de certains soins (tuberculose, lèpre, VIH/Sida, maladies tropicales négligées dans les écoles), et malgré l'existence des autres mécanismes assuranciers, les ménages continuent de contribuer fortement aux dépenses de santé. Cette contribution a été estimée à 54,91% en 2014, 52,27% en 2015, 54,95% en 2016 et 47,88% en 2017⁴, 48,79% en 2018, 46,09% en 2019.

Ainsi, trouver une solution pour la disponibilité permanente, l'accès et l'utilisation de soins de qualité par la population, assurer la mobilisation des ressources financières nécessaires pour solvabiliser la demande dans une perspective universelle et sur des bases équitables et pérennes, deviennent des questions prégnantes pour le Gouvernement et les autres parties prenantes des questions de santé au Niger. D'autant plus que des défis et contraintes de taille existent. Parmi ceux-ci, il y a : (i) la structure de l'économie nigérienne qui est peu diversifiée et qui se caractérise par sa forte dépendance à l'agriculture d'où sa grande vulnérabilité face aux aléas climatiques, (ii) le taux élevé de la pauvreté monétaire qui est de 63 %⁵ avec, au niveau national une incidence de pauvreté monétaire de 48,9 %, soit près de la moitié de la population (en fait ce sont près de 8 millions de personnes qui vivaient en dessous du seuil national de pauvreté (Banque Mondiale, 2016), (iii) le lourd fardeau des dépenses de santé sur les ménages, (iv) la couverture géographique avec un taux à 50,63% en 2018⁶. Dans le chapitre des difficultés, on peut relever également des faiblesses aux différents piliers du système de santé.

Les solutions aux problèmes sus-évoqués pourraient venir d'un cadre de dialogue national et multi sectoriel. En effet, le processus de construction de la CSU passe par un tel dialogue, car au Niger comme ailleurs, pour que la santé s'améliore, un travail multisectoriel et multi-acteurs est inévitable. Aussi, le thème central de ces assises est « dialogue multisectoriel : comment renforcer le système de santé et améliorer les déterminants en vue d'atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle ».

En dépit de toutes ces difficultés et contraintes, le pays fait d'importants efforts. A cet égard, la volonté politique a été traduite par l'adoption d'une Politique Nationale de Protection Sociale en septembre 2011 avec un axe comprenant la CSU (axe3 de la PNPS) le Niger dispose d'un Plan Développement économique et Social, d'une Politique Nationale de Protection Sociale, une Politique Nationale de la Santé, un Plan de Développement Sanitaire, la loi N°2018-22 du 27 avril 2018 déterminant les principes fondamentaux de la Protection Sociale, la loi N°2019-062 du 10 décembre 2019 déterminant les principes fondamentaux de l'insertion sociale des personnes handicapées etc.) et la création d'un Groupe de travail national sur la CSU par arrêté du Premier Ministre.

⁴Ministère de la Santé Publique, Comptes de la Santé 2014. Page 27

⁵ Profil et déterminants de la pauvreté au Niger en 2011, Institut National de la Statistique du Niger, juin 2013.

⁶ Rapport d'exécution du PDS 2017 – 2021 au titre de l'année 2018

Par ailleurs, la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans, de la CPN chez les femmes enceintes, initiées au Niger depuis 2006, sont identifiées par plusieurs acteurs comme une porte d'entrée, une stratégie intermédiaire, ayant un potentiel important pour tendre vers la CSU.

Une part importante de la CSU est liée au financement de la santé, dont les objectifs de performance relèvent de l'ODD 3.8.2. Or la Stratégie Nationale de Financement de la Santé au Niger date de 2012 et le constat a été fait qu'elle méritait d'être mise à jour. Afin de s'aligner sur les préoccupations plus larges qu'appréhende la CSU, le Ministère de la Santé a décidé d'actualiser les orientations stratégiques du financement de la santé au sein d'un plan stratégique de la CSU, qui aborde également les aspects de performance de l'offre de soins (ODD 3.8.1), y compris les déterminants de la santé.

Dans le Programme de Renaissance Acte II, le Président de la République du Niger a pris l'engagement de relever le défi d'améliorer l'état de santé de la population de manière significative. A terme, l'objectif poursuivi est de garantir la bonne santé, de promouvoir le bien-être de tous à tous les âges, d'éradiquer les principales maladies (ODD3).

2. Situation actuelle : évolutions et défis du progrès vers la CSU

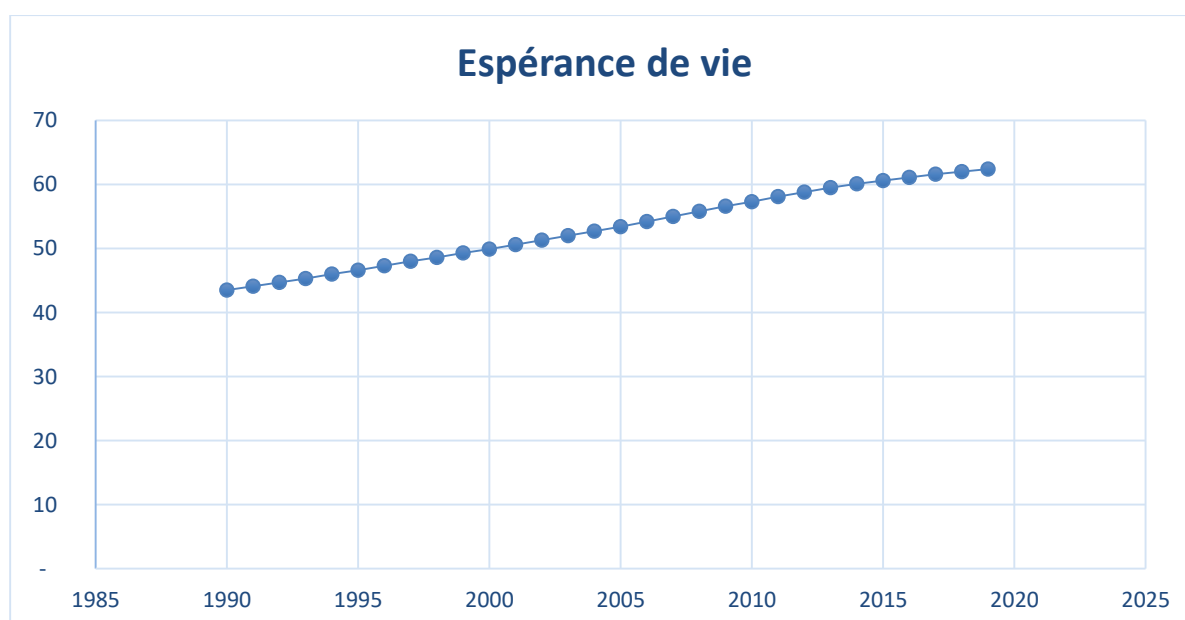
2.1. Etat de santé de la population

2.1.1. Situation épidémiologique

2.1.1.1. Données de base de la santé au Niger

L'espérance de vie au Niger s'est progressivement améliorée au cours des trente dernières années. Elle est passée de 44 ans en 1990 à 47 ans en 1995 puis à 50 ans en 2000. Entre 2000 et 2005 elle est passée à 53 ans puis à 57 ans en 2010. En 2015 elle a atteint 61 ans et se situe à 62 en 2019. Cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir en raison de l'amélioration progressive des conditions de vie des populations et du système de santé.

Figure no 1 : Espérance de vie à la naissance au Niger

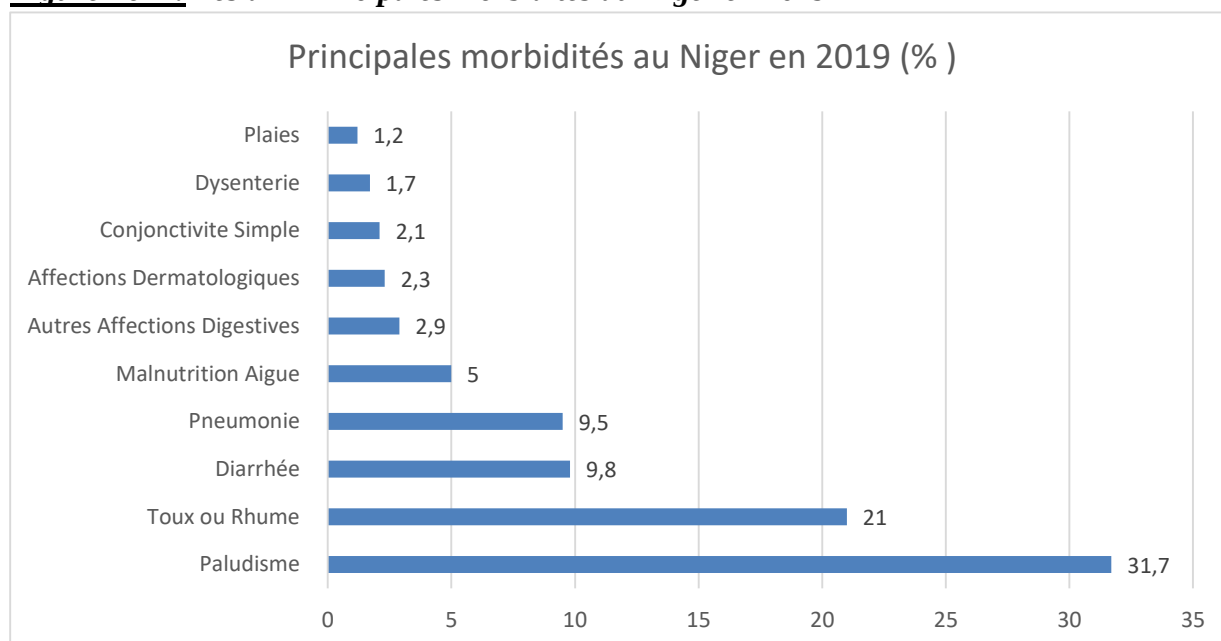


Source : IDH (HDR.undp.org)

2.1.1.2. Diagnostic de la situation épidémiologique

La morbidité est dominée par de nombreuses maladies transmissibles endémiques et endémo-épidémiques (infections respiratoires aiguës, paludisme, maladies diarrhéiques, malnutrition, etc.), l'émergence de la pandémie covid-19 et des maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, goutte, obésité, etc.).

Figure no 2 : Les dix Principales morbidités au Niger en 2019



Source : Annuaire SNIS 2019

Le paludisme est la principale cause de morbidité au Niger en 2019. Il représente 31,7% des motifs de consultations. Il est suivi par les cas de toux ou rhume.

Une analyse sur l'évolution de ces différentes affections dans le temps permet de constater que des maladies comme le paludisme ont connu une amélioration entre 2009 et 2019⁷ (-20,3%), les maladies diarrhéiques (-5,3%), la méningite (-17%,9). A l'inverse des morbidités comme les troubles néonatales (29,6%) ont conservé leur tendance ou augmenté au cours de la décennie. Il en est de même pour la tuberculose, la rougeole (117%).

2.1.2. Les déterminants de la santé au Niger

2.1.2.1. Les déterminants comportementaux, environnementaux et métaboliques

Le problème nutritionnel des enfants nigériens reste entier et s'est particulièrement dégradé entre 2005 et 2010 suite aux crises alimentaires qu'a connues le pays. La question de la nutrition est cependant une priorité politique pour les autorités ; Ainsi, une politique nationale de sécurité nutritionnelle couvrant la période 2017-2025 est en place depuis 2018. Un Haut-Commissariat à l'initiative 3N (HC3N) est également fonctionnel. La prévalence de la malnutrition aiguë globale a peu diminué. Elle est par exemple passée de 15,30 % en 2017 à 12,7 % en 2020 soit une réduction de (2,6). Le taux de la prévalence de la malnutrition chronique est passé de 45,40% en 2017 à 45,1% en 2020 soit une baisse 0,3%. L'insuffisance pondérale est passée de 34,6% en 2017 à 33,4% en 2020. Le taux de prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de

⁷ Institute of Health Metrics and Evaluation (HME)

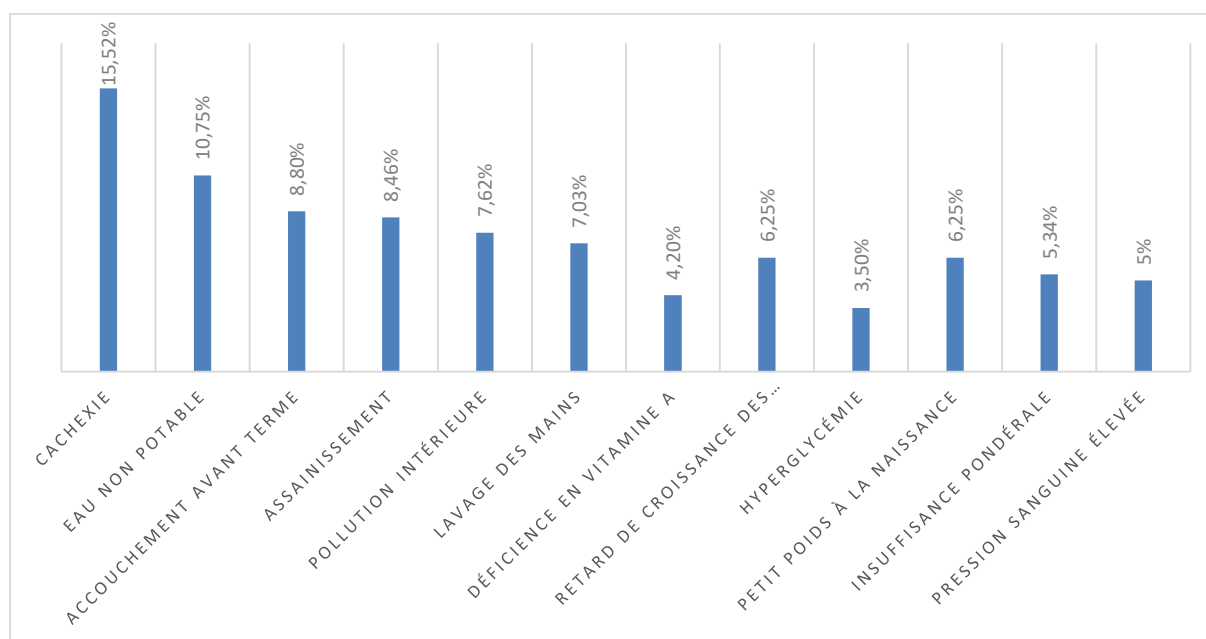
procréer est passé de 53% en 2017 à 58,4% en 2020. Ces prévalences sont largement au-dessus du seuil grave de 40% de l'OMS.

La couverture géographique des besoins en eau potable des populations est passée de **70,85%** en 2017 à **71,14%** en 2018 (selon le tableau de bord social de l'INS 2019).

Les dépenses en soins préventifs demeurent toujours faibles, ce qui ne permet pas de prendre en compte toutes les préoccupations de la santé de la population. En effet, la prévention sanitaire, de par son rapport coût-efficacité élevé, contribue efficacement à la lutte contre les maladies transmissibles qui constituent l'essentiel du profil pathologique au Niger ces dernières années. Il y a donc lieu de prendre la prévention comme l'une des premières priorités dans le cadre de la mise en œuvre des actions de santé en développant des interventions de promotion de la santé à tous les niveaux du système de santé et instaurer une meilleure collaboration avec les autres secteurs non sanitaires dans la marche du pays vers la CSU.

Les principales causes des décès enregistrées au sein de la population Nigérienne sont représentées ci-dessous. Il conviendra de suivre l'évolution de ces différentes causes dans la mise en œuvre de la stratégie CSU.

Figure no 3 : Principales causes des décès enregistrées au Niger



2.1.1.1. Le déterminant en lien avec la gestion des finances publiques

Malgré le cadre budgétaire national, la persistance d'une budgétisation parallèle pour les financements des Plans d'Action Annuels du MSP/P/AS et pour les financements de l'Etat Projet Annuel de Performance (PAP) pose un problème d'alignement et d'intégration de certaines interventions au cycle budgétaire normal. Alors que le PAP préparé chaque année intègre les priorités nationales en termes de cycle de planification, cette approche n'est toujours pas reflétée dans les PAA. En plus le PAP lui-même n'intègre pas toujours toutes les priorités notamment celles en lien avec les réformes.

Au niveau de l'exécution, on déplore une libération insuffisante des crédits annoncés, un retard dans leur libération, et une lourdeur des procédures de décaissement des crédits de l'Etat. C'est pourquoi on dénote une faible consommation des crédits du budget de l'Etat.

Le suivi-évaluation du budget est caractérisé par l'existence d'un guide de suivi-évaluation du PDS (qui fait ressortir les réalisations physiques, les réalisations financières et les taux d'absorptions des crédits alloués), l'existence d'évaluations semestrielles et annuelles des activités et l'élaboration de rapports périodiques. Il existe encore une insuffisance dans l'analyse des performances à tous les niveaux en tenant compte des budgets utilisés. Un premier exercice de rapportage basé sur des performances a été produit en 2019 (pour 2018) mais sa qualité reste à améliorer.

2.2. Diagnostic du système de santé

2.2.1. Evolution récente de quelques indicateurs de santé au Niger

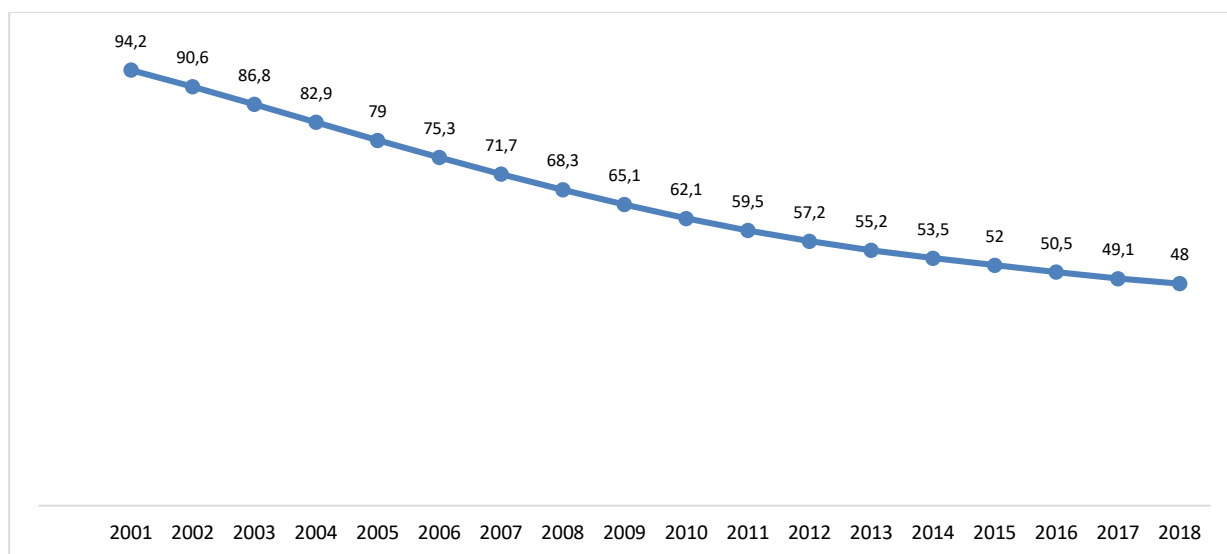
Le Système National de Santé est organisé de façon pyramidale. Il comprend un niveau périphérique, un niveau intermédiaire et un niveau central. Il est calqué sur le découpage administratif du pays. L'organisation administrative comprend trois (3) niveaux :

- L'administration centrale (niveau stratégique chargé de la définition des axes stratégiques) constituée par le Cabinet du Ministre, le Secrétariat Général, les Directions Générales et les Directions nationales ;
- Les Directions Régionales de la Santé Publique (niveau technique chargé d'appuyer les districts sanitaires) ;
- Les Districts Sanitaires (niveau opérationnel chargé de la mise en œuvre de la politique sanitaire).

L'organisation de l'offre de soins comprend trois niveaux incluant les structures publiques et privées. Le niveau Central garant de l'offre de soins de troisième niveau de référence, le niveau Régional ou niveau intermédiaire, deuxième niveau de référence et le niveau Opérationnel (District), premier niveau de référence et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), de Cases de Santé (CS) et les cabinets de soins privés.

Au cours de la décennie écoulée, les indicateurs de santé se sont progressivement améliorés, même si de nombreux défis sont encore à relever. C'est notamment le cas de mortalité infantile. Elle est ainsi passée de 94,2 décès pour 1000 naissances vivantes à 48 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cette tendance à la baisse est représentée dans le graphique suivant.

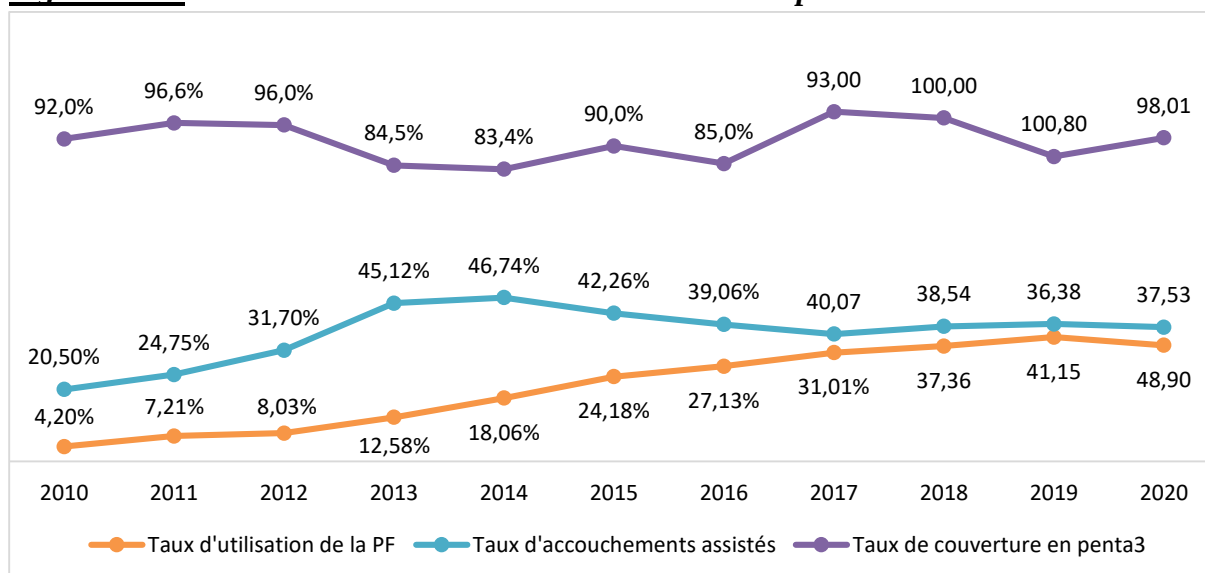
Figure no 4 : Evolution du taux de mortalité infantile au Niger (%)



Source : Banque Mondiale

En ce qui concerne la santé de la reproduction, une amélioration est également observée, bien que plus lente. Le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié au cours de la dernière décennie est ainsi passé de 20,50% en 2010 à 37,53% en 2020. Celui de la Planification familiale est passé de 4,20% (2010) à 48,90% (2020). Le graphique ci-dessous donne un aperçu des progrès réalisés par le pays au cours de la dernière décennie dans ce secteur.

Figure no 5 : Evolution des indicateurs de la Santé de la Reproduction



Source : PTDFSEF

2.2.2. Prestations des services de santé

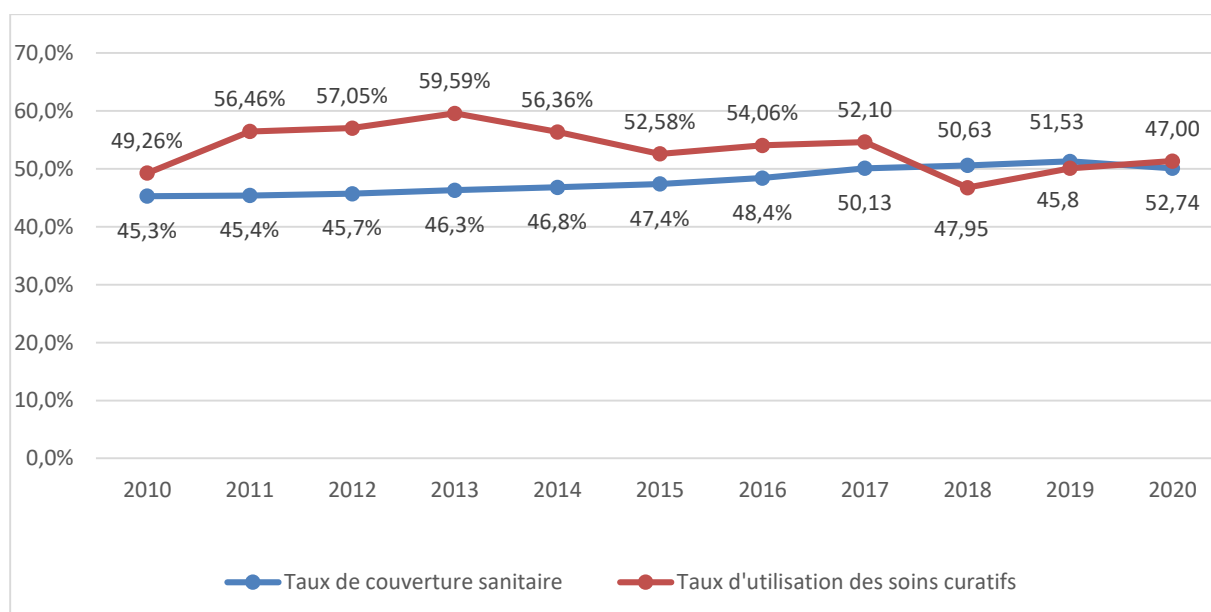
La couverture sanitaire dans un rayon de 5km est passée de 50,13% en 2017 à 50,63% en 2018 et 51,35% en 2019, mais toujours inférieur au niveau attendu en 2019 qui est de 57,99% (indicateur clé du DPS). Bien que de nouveaux Centres de Santé Intégrés (CSI) ont été

construits et de nombreuses cases de santé transformées en CSI, l'impact attendu a été très peu significatif sur l'amélioration de la couverture sanitaire. En cause, le non approvisionnement des lignes budgétaires, la lenteur dans le paiement des décomptes, la faible capacité des entreprises à mobiliser les ressources financières, l'insuffisance des ressources humaines et des moyens logistiques en matière de suivi de la construction des infrastructures.

Les constructions de nouvelles structures et les réhabilitations d'anciennes structures ont permis une légère hausse de 0,5% de la couverture sanitaire de 2017 à 2018 et de 0,72% en 2019.

L'utilisation des services de santé qui était à 49,26% au cours de la décennie n'a pas connu une trajectoire rectiligne. Elle a même connu une baisse entre 2017 et 2020, passant de 52,10% (2017) à 47% (2020) pour les soins curatifs. Cette baisse est probablement liée au non-paiement des subsides de la gratuité, induisant de ce fait, un manque de médicament dans les formations sanitaires. La dégradation de l'environnement sécuritaire observée dans certaines régions pourrait également expliquer cette tendance baissière.

Figure no 5 : Evolution des indicateurs d'accès aux soins et services de santé entre 2010 et 2020



Source : PTDSEF

2.2.3. Ressources humaines pour la santé

Le Ministère de la Santé Publique, de la Famille et des Affaires Sociales dispose d'un Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) pour la période 2011-2020, qui devrait donc être renouvelé bientôt.

Tableau no 1 : Ressources humaines en santé

Indicateurs	2016	2017	2018	2019
Taux de densité du personnel pour 1000 hbts	0,32	0,17	0,30	0,52
Nombre d'infirmiers soignants	4 182	2 667	2 936	8 545
Nombre de sages-femmes soignantes	807	777	1 012	1 489
Nombre de médecins soignants	705	689	603	903

Source : Annuaire statistique MSP 2019

La densité de professionnels de santé est très faible. Elle est estimée à 0.52 pour 1000 habitants (annuaire des statistiques sanitaires 2019) alors que 4.45 pour 1000 habitants est estimée nécessaire pour augmenter les chances du pays à réaliser les ODD. Les Ressources Humaines en Santé (RHS) sont disponibles sur le marché de l'emploi (environ 2000 professionnels de santé obtiennent leurs diplômes chaque année), à l'exception de certaines spécialités médicales et paramédicales comme les radiologues, les anesthésistes. Malgré la disponibilité des RHS le recrutement est bien en deçà de la demande. A cela s'ajoutent la rétention du personnel en milieu rural et l'inexistence d'un plan de relève pour le personnel affecté en zone difficile.

Tableau no 2 : Ratios personnel nombre habitants

Corps	Ratios nationaux	Normes OMS
Médecins	1/32.419 habitants	1/10.000 habitants
Infirmiers	1/3.227 habitants	1/5.000 habitants
Sages-femmes	1/4.046 FAP	1/5.000 FAP

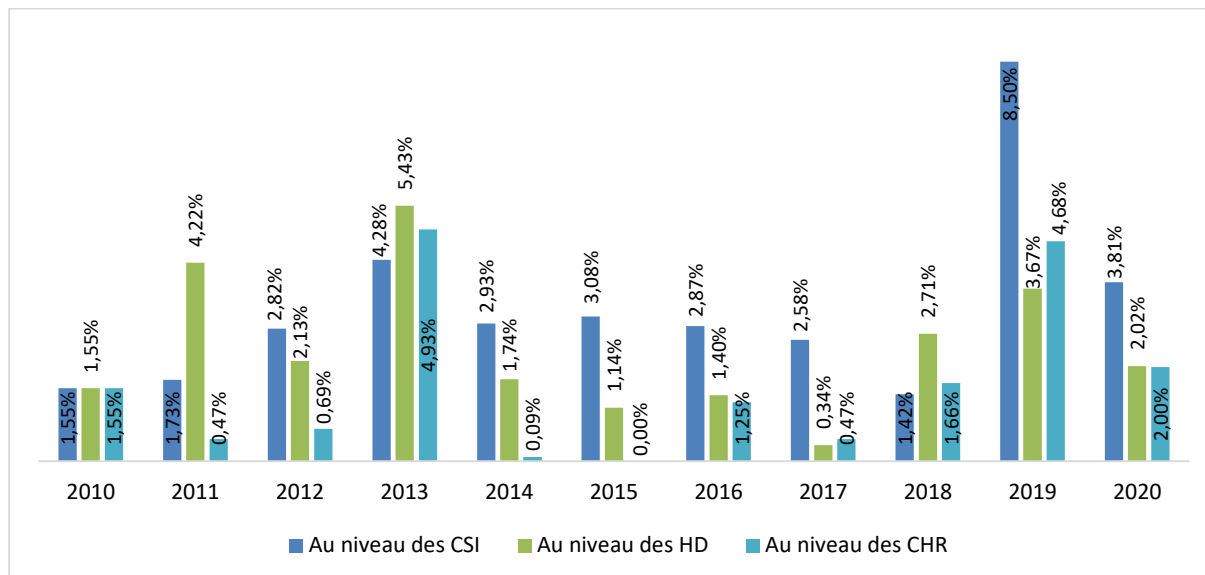
2.2.4. Produits médicaux et Médicaments

Le Ministère de la Santé Publique, de la Famille et des Affaires Sociales s'est doté d'un plan stratégique pour une chaîne unique d'approvisionnement en produits de santé. En plus, deux engagements importants ont été souscrits : i) la révision du statut de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle en agence du médicament et ii) faire évoluer le statut de l'ONPPC en un statut plus approprié devant lui permettre de jouer son rôle dans la mise en œuvre de la chaîne unique d'approvisionnement en produits de santé. On note encore aujourd'hui une faible capacité de l'ONPPC à satisfaire les besoins en produits de santé du fait, entre autres de l'accumulation de retard de remboursement par le gouvernement à l'ONPPC dans le cadre de la gratuité, une insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité ainsi que la prolifération de la vente des produits de contrefaçon.

Dans un souci de garantir une meilleure prise en charge, une Direction des Laboratoires de Santé est créée avec pour mission principale de participer à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des stratégies nationales en matière de laboratoire. Malgré cela, les services de laboratoire souffrent de l'inadaptation des infrastructures aux évolutions technologiques, de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, en équipements et intrants.

Ces facteurs limitent considérablement le développement de la biologie et du laboratoire au Niger.

Figure no 6 : Evolution des taux de rupture des molécules du panier par type de structure



Source: PTDFEF

Malgré les efforts fournis, la disponibilité des médicaments et produits dans les formations sanitaires demeure insuffisante. Le taux de rupture a été en moyenne de 1,62% au niveau des CHR, 2,4% pour les HD et 3,23% pour les CSI.

On note cependant pour ce pilier du système de santé au Niger les faiblesses ci-après :

- Une faible capacité de l'ONPPC et ses dépôts régionaux (difficultés logistiques du dépôt dans les régions de de Tahoua et Agadez) ;
- Les services de laboratoire souffrent de l'inadaptation des infrastructures aux évolutions technologiques, de l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, en équipements et intrants ;
- Insuffisances dans l'approvisionnement des laboratoires des HD en consommables pour les banques de sang et besoins de bien redéfinir le partage des charges entre les districts et les centres régionaux de transfusion sanguine ;
- Persistance des pénuries de sang dans les centres de transfusion sanguine.

2.2.4. Infrastructures et équipements médicaux

2.2.4.1. Les infrastructures

De 2017 à 2020 ; 38 cases de santé transformées en Centres de Santé Intégré, 5 centres de santé de type 1 transformés en type 2. En outre, 84 cases de santé seront réhabilitées et transformées en CSI type 2 et 31 CSI de 2020 à 2021.

Le tableau ci-dessous illustre la cartographie de l'offre de soins et des structures au Niger au moment de l'élaboration de la présente stratégie.

Tableau no 3 : Cartographie de l'offre de soins publique/privée

Niveau	Structures publiques	Structures privées
Niveau central	▪ HGR = 02 ; ▪ Centres nationaux de référence = 08, ▪ HN = 03 ▪ CSME =01 ▪ Maternité de référence = 01, ▪ CNTS=01 ▪ ONPPC = 01 ▪ SONIPHAR	▪ Cliniques et polycliniques =61 ▪ Cabinets médicaux et salles de soins=334 ▪ Hôpitaux privés =02 ▪ Centres privés spécialisés en ophtalmologie et en traumatologie = 02 ▪ Centrales d'achat=23
Niveau intermédiaire	▪ CHR=8 ▪ CSME=08 ▪ CRTS = 06 ▪ Centre Régional Bucco-dentaire = 01 (Zinder) ▪ Pharmacies populaires =12(dont 05 à Niamey)	▪ 5 Hôpitaux privés ▪ Centrales d'achat=2
Niveau Périphérique y compris le niveau communautaire	▪ HD=36 ▪ CSI=1157, ▪ Cases de santé=2547, ▪ Pharmacies populaires =32	▪ Hôpital privé confessionnel de la SIM à Galmi =01
	▪ Rcom=18 787 ▪ Tradipraticiens de santé= 3972	

2.2.4.2. Les équipements

Il existe un peu partout des matériels souvent obsolètes, peu performants ou en panne (radios de l'HD de Zinder et du CHR de Tillabéry non fonctionnels, mettant de fait des techniciens en chômage technique). La MIG ne dispose pas de radio et l'HGR de Niamey de scanner ainsi que d'une ligne souterraine pour sécuriser les installations électriques, malgré la nécessité. Il a été noté également dans des CSI et CS, des tables d'accouchement hors d'usage, l'absence de balances adultes, des réfrigérateurs solaires en panne. Le manque d'électricité et surtout d'eau complique les conditions d'hygiène déjà précaires.

A cela s'ajoute l'inexistence d'incinérateurs ou de brûleurs ainsi que de stations de traitement des eaux hospitalières dans des structures. Les exceptions sont, entre autres, l'HGR de Niamey,

la MIG, l'HD de Boboye, dotés d'incinérateurs. L'HGR de Niamey et l'hôpital national Amirou Boubacar Diallo possèdent des usines d'épuration des eaux, (Conseil Santé 105

Evaluation externe du Plan de développement sanitaire (PDS) 2017-2021 Rapport final), contrairement à l'HNN et à la MIG qui les déversent directement dans le fleuve Niger.

Ceci soulève la question de la gestion des déchets biomédicaux.

Concernant ce volet, l'Inspection générale des services relève la méconnaissance des textes par les promoteurs voire l'obsolescence desdits textes. Tout cela est sous-tendu par un problème de comportement et d'esprit mercantiliste : « l'achat des MEG rapporte des ristournes mais la gestion des déchets ne rapporte rien (activité non lucrative ; pas de retour) », selon un responsable de section de l'Inspection générale des services.

Toutefois, l'intensification des inspections (avec quelquefois la fermeture de formations sanitaires) a amélioré la situation. Un projet de fédération des hôpitaux nationaux pour la gestion des déchets est en gestation. Sa concrétisation pourrait contribuer à apporter un début de solution au problème.

La carte sanitaire du Niger est désormais disponible depuis décembre 2020. Dans le but de rapprocher l'offre de la demande de santé, ainsi que l'amélioration de la gestion des districts, le pays vient de créer 30 nouveaux districts sanitaires.

Cependant, plusieurs infrastructures et équipements ne répondent plus aux normes soit en raison de leur état de vétusté ou d'un manque de maintenance adéquat.

L'équipement complet de 28 CS, 126 CSI, 3 HD et 15 maternités, (ii) la dotation de 2 CHR en automates, de CSME en matériels biomédicaux et en mammographies, de 3 HD en appareil d'imagerie, du CNLC en radioprotection et du centre de dialyse de Zinder en équipements lourds, (iii) l'acquisition de 3 scanners (au niveau du HNL, du CNLC et du HNN), 1 IRM, 13 respirateurs, et (iv) le renforcement des plateaux techniques de 10 HD. S'agissant des moyens logistiques, il a été acquis 222 véhicules dont 86 ambulances, 996 motos DT, 10 minibus, 1 camion, 50 tricycles ambulances, 2 semi-remorques.

2.2.5. Le Système National d'Information Sanitaire (SNIS)

Le pays dispose d'un Plan stratégique du Système National d'Information Sanitaire 2013-2022. Une plateforme unique de collecte et analyse des données, le DHIS2 vient d'être mis en place et près de 3000 agents de santé formés à son utilisation. Les CSI publics et quelques formations sanitaires privées viennent d'être équipées avec du matériel informatique pour le traitement des données. La complétude était de 97% en 2017 et 80% en 2018. Etant à son dixième exercice depuis 2002, le Niger est parmi les rares pays de la Région AFRO qui produit régulièrement les comptes de la santé.

Le DHIS2 constitue actuellement la seule base de gestion des données sanitaires de routine. Il est programmé à l'image de l'architecture technique du système de santé ci-haut décrite. Pour son renseignement la saisie est faite à la base par les agents des CSI, des agents des hôpitaux,

des CSME, certaines structures nationales et les structures privées de soins. L'agrégation des données est faite comme suit :

- **Niveau aire de santé** : les données des relais communautaires sont agrégées au niveau des cases de santé de rattachement ou au niveau du CSI s'il n'y a pas de case de santé, On retrouve les données agrégées des cases de santé, du CSI site de l'aire, des salles de soins privées selon le cas. Le responsable de l'aire de santé a jusqu'au 15 du mois prochain pour saisir les données des Cases de Santé, du CSI et des salles de soins privées.
- **Niveau des districts sanitaires** : Les données de l'HD sont saisies par le Major général ou les chefs d'unités au niveau des CSE. Aussi le responsable CSE saisit les données démographiques des aires de santé des CSI au mois de janvier de chaque année. Les majors ou les chefs d'unités et le CSE ont jusqu'au 15 du mois prochain pour saisir les données.
- **Niveau région** : Les données agrégées des CSME, des CRTS des CHR et des cliniques ou polycliniques privées sont saisies par les CSE de ces structures et ont jusqu'au 15 du mois prochain.
- **Niveau National** : Les données agrégées des hôpitaux nationaux, de la maternité de référence, des centres nationaux de référence sont saisies par les gestionnaires de données de ces structures. Ils ont également jusqu'au 15 du mois prochain pour saisir les données.

Cependant, on note que le pays fait face à une faible qualité des données administratives, que l'Observatoire National de Santé n'est pas encore mis en place, et on assiste à une faible maîtrise des indicateurs clés ainsi que des sources de données pour le suivi de la CSU.

2.2.6. Le financement du système de santé

Les estimations des dépenses nécessaires pour assurer l'accès aux interventions essentielles, y compris pour les maladies non transmissibles suggèrent qu'en moyenne, les pays devraient dépenser 112\$/h/ par personne et par an⁸. Au Niger, dans un contexte de pauvreté (45,10% de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté)⁹ accentuée par l'insuffisance des ressources internes et externes, on constate que les dépenses nationales de santé (DNS) restent faibles (**21.375 francs CFA (soit 42,75 \$US)** en 2019 (1\$=500 F cfa) US /h/an en 2019) pour garantir un accès équitable des services de santé aux usagers.

D'une manière générale, le financement des structures de santé est assuré par l'Etat (subventions/crédits délégués, fonds gratuité, salaires), les paiements directs des patients (Recouvrement des Coûts pour les adultes de plus de 5 ans), les collectivités (appui au fonctionnement, fonds social pour la prise en charge des indigents) et les PTFs (à travers la fourniture d'intrants, appui investissement, fonctionnement, FBR/Fonds d'achat et autres

⁸ Rapport sur la santé dans le monde, le financement des systèmes de santé, Le chemin vers une couverture universelle, OMS 2010 actualisé

⁹ Enquête ECVMA 2014.

appuis). La part du budget de l'Etat alloué à la santé représente seulement 5,74% en 2019,¹⁰ pour un objectif de 15% (déclaration d'Abuja).

Cette mobilisation des ressources publiques reste insuffisante pour le Ministère de la Santé au regard des besoins actuels pour produire des soins et services de santé de qualité à la population (112 \$/habitant).

Une analyse approfondie a montré que ce financement est largement assuré par le paiement direct des ménages avec 46,09% des dépenses courantes de santé en 2019. Selon l'OMS, lorsque ce taux excède 20 %, il devient, non seulement une source d'exclusion des pauvres dans l'accès régulier aux soins, mais aussi de paupérisation. Ceci dénote une inaccessibilité des populations aux services de santé de qualité, une iniquité dans leur utilisation et révèle que de nombreux ménages font face à des dépenses catastrophiques en santé et à un appauvrissement lié aux dépenses de santé.

Certaines initiatives pour réduire le fardeau des ménages sont en cours à travers les mécanismes de gratuité des soins. Cependant, on note un retard de plusieurs années dans le remboursement de ces prestations gratuites réalisées par les formations sanitaires. A cet effet, une refonte de la gratuité pour passer à une gestion performante est nécessaire.

Notons aussi que les évacuations sanitaires à l'intérieur du pays sont assurées par des centimes additionnels en sus des tarifs du recouvrement des coûts supportés par les mêmes patients.

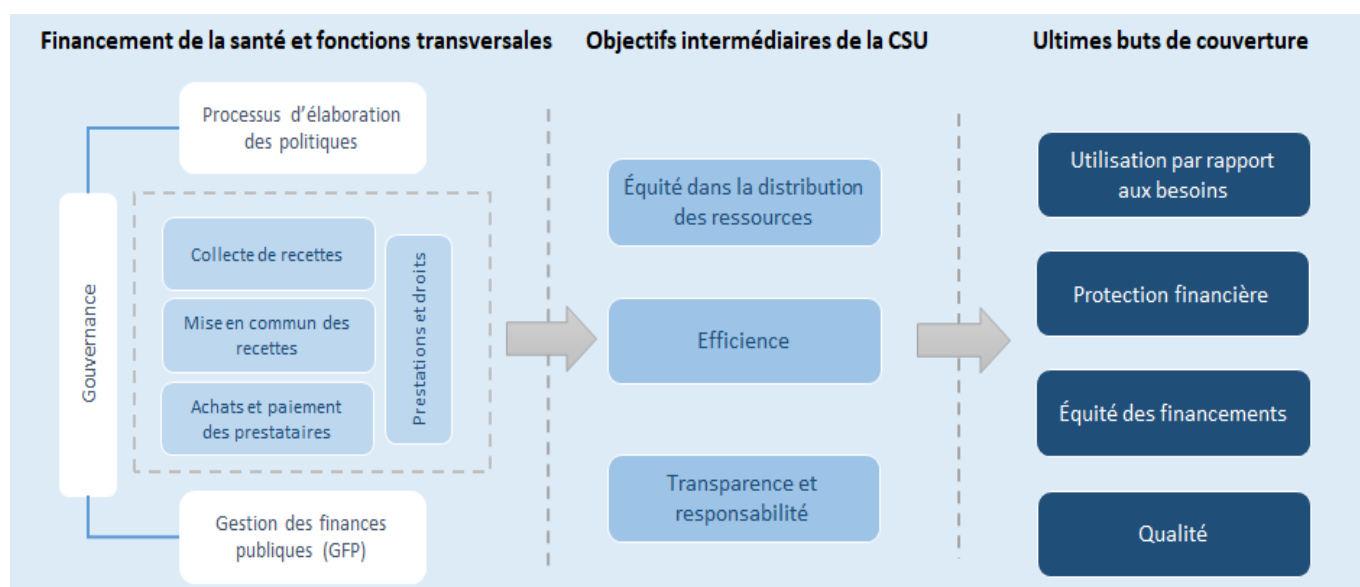
Les recettes des formations sanitaires (CSI/CS et HD) sont collectées et reversées au niveau du trésorier du district dans le cadre de la caisse unique qui se charge de les déposer au niveau d'un compte commun du district. Il y a donc un manque d'autonomie de gestion des CSI dans certaines régions. Par contre dans d'autres, c'est le système de caisse autonome. Cependant le décret 2017-541/PRN/MSP du 30 juin 2017 portant adoption du document de stratégie nationale de participation communautaire en matière de santé, consacre une large autonomie de gestion à toutes les structures de santé. Le paiement au forfait est appliqué au niveau des structures de soins intégrés.

Le système de financement de la santé dispose d'un cadre analytique qui permet d'analyser ses performances. Celui-ci est illustré ainsi que suit¹¹ :

¹⁰ CNS 2019

¹¹ Health Financing Progress Matrix, OMS, 2019.

Figure no 7 : cadre analytique du système de financement de la santé



Un bref état des lieux des trois fonctions principales du système et de la gestion des finances publiques en santé se présente comme suit :

2.2.6.1. Collecte des ressources :

Les dépenses publiques de santé au Niger représentent à peine 2% du PIB¹². Dans la déclaration des Nations Unies du 23 Septembre 2019, il est suggéré « un objectif minimum de 5% du PIB ». Aussi l'effort public dans le financement de la santé au Niger est-il relativement bas pour atteindre la CSU.

Cette situation est en partie compensée par l'effort consenti par les ménages en paiement direct, deuxième mode de financement de la santé. Ils contribuent à hauteur de **46,09%** soit **197,670 milliards de FCFA** en 2019 contre 184, 726 milliards de FCFA en 2018, soit 48,79%, ce qui correspond à un montant de 8.605 FCFA de paiement direct par personne sur 19.584FCFA de dépenses nationales de santé par habitant. Ceci montre qu'une part très importante des dépenses de santé est supportée par la population. La DNS par habitant a légèrement augmenté entre 2018 et 2019. Elle est en effet passée de **19.584 francs CFA** en 2018 soit **39,17\$ US** contre **21.375 francs CFA** en 2019 soit **42,75 \$US** (1\$=500 F cfa).

Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique ont représenté **13.55%** des dépenses courantes de santé en 2019 soit **58,090 milliards de FCFA** contre **10,17% (38,489 milliards de FCFA)** en 2018. Il faut noter que parmi les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique, **78,14%** ont passé par l'appui budgétaire en 2019.

Quant aux collectivités locales, les informations obtenues, permettent d'estimer leur contribution au financement de la Santé à hauteur de 1,034% soit 4, 434 milliards de fcfa en 2019 contre 0,71% soit 3,046 milliards en 2018 des dépenses courantes de santé. Malgré le

¹² CNS 2016. Le reste des données proviennent des CNS (séries créées à partir de <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>) ou du rapport national des CNS 2017.

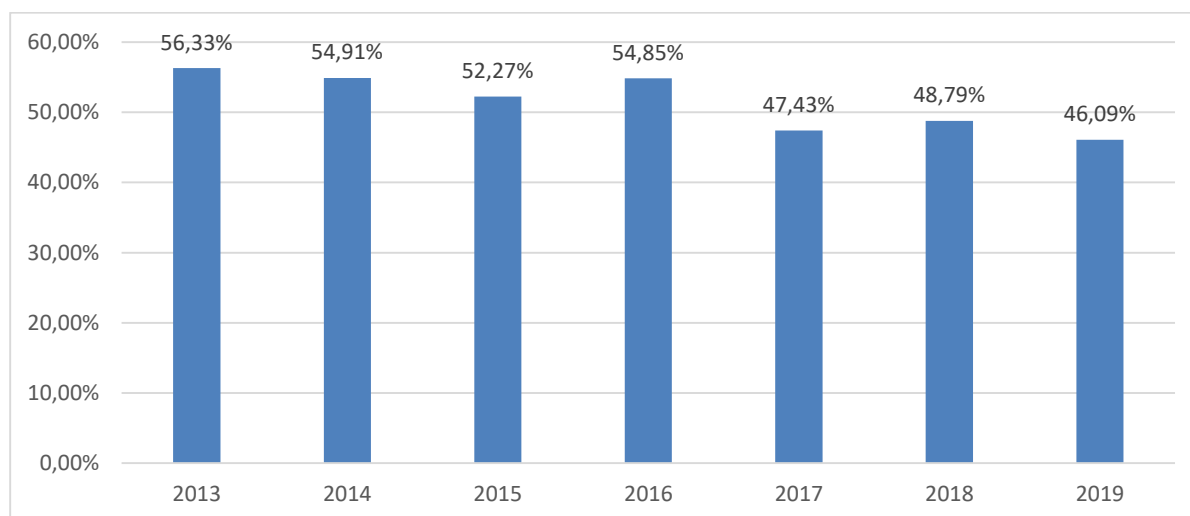
contexte de décentralisation et la délégation des compétences qui devraient donner aux collectivités un rôle prépondérant dans la définition des programmes et la gestion des ressources allouées au système de santé, leur contribution bien en hausse par rapport à 2019, demeure encore faible.

2.2.6.2. *Mise en commun des ressources :*

Les dépenses de santé des ménages ne sont pratiquement que des paiements directs car les cotisations volontaires ou obligatoires sont très faibles. Or ces paiements directs sont très élevés puisqu'elles représentent 48,79% des dépenses courantes¹³ de santé en 2018. Ceci signifie que beaucoup de ménages tombent dans la pauvreté pour cause de dépenses catastrophiques. La mise en commun des ressources est donc très limitée et ne se produit pratiquement qu'au niveau du budget de l'Etat sur des postes comme celui des ressources humaines en santé, ou encore la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Le niveau de protection sociale devrait être louable avec ce mécanisme puisqu'il concerne près de 25% de la population (femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans) et couvre des services essentiels. Néanmoins l'évolution du niveau de paiement direct des ménages montre que la couverture contre le risque financier est limitée et qu'elle ne s'améliore pas, ceci interrogeant le fonctionnement du mécanisme de gratuité :

Figure no 8 : Evolution de la part des ménages dans les dépenses courantes au Niger



Ce graphique montre que malgré l'introduction de la gratuité des soins en 2006, les ménages continuent toujours de supporter une grande partie des dépenses courantes de santé. En effet, la part des ménages dans les dépenses courantes de santé en 2019 représente **46,09%** et est en baisse de presque trois (3) points par rapport à 2018.

L'expérience du « Fonds Commun » va dans le sens d'une mutualisation des ressources extérieures en l'occurrence ; malheureusement les partenaires ont tendance à utiliser ce dispositif comme une unité de gestion et reviennent à des financements ciblés. La réforme des

¹³ L'addition des deux agrégats « dépenses courantes en santé » et « formation de capital » permet d'obtenir les « dépenses totales de santé ».

budgets-programmes doit par contre durablement améliorer la mutualisation des fonds au sein des programmes.

2.2.6.3. *L'achat des services et le paiement des prestataires (inclus les allocations)*

La question posée ici relève du caractère dit « stratégique » ou non des dépenses de santé. Les dispositifs qui lient les dépenses à un suivi de l'information peuvent s'améliorer avec le Document de Programmation Pluriannuelle des Dépenses (DPPD), mais ils sont encore sous-optimaux. Par exemple, le remboursement des dépenses des prestataires de soins de santé relatives à l'exemption de paiements des enfants de moins de 5 ans n'est pas assis sur un dispositif de contrôle financier et médical suffisant, ni une quelconque contractualisation ou conventionnement. Du reste, le mécanisme couvre théoriquement sans distinction tous les enfants de moins de 5 ans et toutes les femmes enceintes quel que soit leur niveau socioéconomique, et le remboursement aux prestataires de soins de santé ne se fait que très partiellement et avec beaucoup de retard.

Certains projets initiés par des PTF expérimentent l'achat stratégique dans le cadre de la prise en charge de certaines prestations de la gratuité, d'autres prestations médicales, et d'activités de soutien, ou même de toutes les prestations de qualité. Mais ces expériences sont pour le moment des phases pilotes ou de propositions isolées non encore systématisées ni institutionnalisées.

La mise à disposition de l'ensemble des ressources (infrastructures, RHS, allocations de crédits et subventions) ne répond pas de manière optimale à l'idéal de répartition stratégique. Pour aller dans ce sens une amélioration des outils de gestion de l'information, la priorisation par le leadership, ainsi que la transparence et la redevabilité doivent être améliorées.

2.3. Etat de la protection sociale en santé au Niger

Dans ses efforts d'assurer un meilleur accès des populations aux soins de santé, le Niger a mis en place les mécanismes de financement ci-dessous évalués par l'OMS à travers « l'étude sur les mécanismes assurantiels pour contribuer à la Couverture du Risque Maladie Universelle en janvier 2019 » :

- Le régime des fonctionnaires, élèves et étudiants ;
- Le régime de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq (5) ans ;
- Le régime des mutuelles de santé ;
- Le paiement direct par les usagers des services de santé ;
- L'assurance sociale.

En outre, des inscriptions budgétaires sont faites pour assurer les évacuations sanitaires à l'extérieur du pays, les subventions aux hôpitaux et maternités leur permettant de réduire les tarifs de certaines prestations, le financement de la gratuité d'autres soins tels que la dialyse et l'achat des Antirétroviraux.

2.3.1. Le régime d'assurance maladie des fonctionnaires, élèves et étudiants

Ce régime a été mis en place depuis 1962(décret 62-127) puis révisé par le décret 96-456/PRN/MSP du 28 novembre 1996, portant régime des prestations fournies par les Hôpitaux Nationaux.

Les principaux bénéficiaires sont :

- les fonctionnaires, leurs conjoints et enfants,
- les fonctionnaires en retraite, leurs conjoints et enfants,
- les étudiants,
- Les élèves du primaire et du secondaire et ceux des écoles professionnelles.

Les prestations offertes aux bénéficiaires du régime sont la consultation, l'hospitalisation ainsi que les actes et examens médicaux. Les médicaments et les soins ambulatoires ne sont pas compris dans le paquet des bénéfices et sont de ce fait à la charge intégrale des bénéficiaires.

Il s'agit d'un régime de type contributif pour les étudiants, les fonctionnaires en activité et en retraite et de type tiers payant pour les élèves. En effet, les fonctionnaires et les étudiants munis d'une prise en charge dûment délivrée par l'administration compétente paient au guichet de l'hôpital, 20% du coût des prestations prescrites. Les fonctionnaires en retraite et les fonctionnaires de la santé et leurs familles ne paient que 10% du coût. Les frais relatifs à la prise en charge des élèves sont payés par l'Etat ou bien par les collectivités territoriales. Ainsi les élèves bénéficient de la gratuité des soins.

C'est un régime qui fonctionne sur la base de la délivrance par l'administration d'une prise en charge, contrairement aux régimes basés sur la présentation de la carte de membre d'une mutuelle.

Les hôpitaux publics sont les principaux prestataires des services offerts aux bénéficiaires de ce régime.

Du point de vue financier, il s'agit d'un régime de type paiement direct de sa quote-part par le fonctionnaire/étudiant, tandis que l'Etat ouvre chaque année dans son budget des crédits destinés au règlement des factures des hôpitaux pour les prestations offertes aux fonctionnaires, leurs familles, les élèves et étudiants.

2.3.2. Les régimes des gratuités de soins ciblées

Les gratuités couvrent tous les enfants de 0 à 5 ans (4369707 enfants en 2019), les femmes en CPN, les SONU (césariennes), les vaccinations, les MILDA, le TPI, le paludisme, la tuberculose, le VIH/Sida, les MTN, la malnutrition, les cancers féminins etc. Ces gratuités couvrent le maximum de population, pour un maximum de prestation et sans frais de paiement direct pour les patients

Plusieurs régimes offrent des gratuités ciblées :

- La gratuité de la prise en charge des indigents

Le décret 64-004 MS du 28 janvier 1964 a pris des dispositions qui instaurent la prise en charge gratuite des soins, des hospitalisations et des évacuations sanitaires des personnes démunies par les Communes avec un certificat d'indigence. Aux termes des dispositions de l'article 1er dudit

décret, les Communes et les Collectivités Publiques sont tenues d'assurer la prise en charge des frais liés à l'hospitalisation et aux évacuations des personnes en état d'indigence. Selon ce texte, les formations sanitaires publiques doivent traiter les personnes reconnues en état d'indigence par les communes et les collectivités publiques et demander le paiement des tarifs correspondants aux Institutions ayant délivré les certificats d'indigence correspondants¹⁴. En moyenne 2396 indigents sont pris en charge par an.

Pour assurer la prise en charge des indigents, la politique nationale de protection sociale (septembre 2011) a prévu «la création d'un Fonds Spécial de Protection Sociale (FSPS) sur la base d'une quote-part du budget national représentant au moins 1% du PIB ». Pour la mise en place de ce fonds social, le Ministère de la Santé publique a initié l'arrêté 00145/MSP/SG/DEP/DERP du 16 avril 2012, portant création d'un Comité technique chargé de réfléchir sur la création d'un fonds social santé au Niger¹⁵. Force est de constater que ledit fonds n'a pas encore été mis en place.

- Le décret 96-456/PRN/MSP du 28 novembre 1996, portant prestation des soins pour les agents de l'Etat. L'effectif des agents de l'Etat (fonctionnaires et contractuels) et des retraités est de 204.965 lorsqu'on considère la taille moyenne de la famille des agents de l'Etat qui est de 6 personnes, on se retrouve avec 1.229.790 personnes couvertes par ce mécanisme.
- L'ordonnance 93-012 du 2 mars 1993 déterminant les règles minima de protection sociale des personnes handicapées au Niger modifiée et complétée par l'ordonnance 2010-028 du 20 mai 2010.
- Les gratuités pour les enfants de 0-5ans et les femmes. Le ciblage indique bien que la gratuité s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre des OMD 4&5 sur la réduction de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle. Le lancement officiel de la gratuité des soins a eu lieu le 1^{er} Août 2007. Les bénéfices offerts par ces mécanismes de gratuité sont : la prise en charge des enfants de 0-5ans en soins ambulatoires et hospitaliers, la césarienne, la Consultation Prénatale (CPN), les produits contraceptifs, le dépistage et la prise en charge des cancers féminins.
- La gratuité de la prise en charge des PVVIH qui est régie par la Loi n° 2015-30 du 26 mai 2015 abrogeant la Loi 2007-08 du 30 avril 2007 et qui stipule en son Article 10 que « toute personne vivant avec le VIH doit bénéficier des services d'une assistance médicale et psychosociale. La prise en charge est gratuite et globale », ainsi que son décret d'application n°2017-014/PRN/MSP du 06 janvier 2017. La mise en application de cette gratuité relève des Ministère de la santé publique et du Ministère de l'économie et des finances. En effet en application de ces textes, toute personne vivant avec le VIH est bénéficiaire de cette gratuité sans distinction aucune. Ainsi de 2012 à 2017 le nombre de PVVIH a évolué avec une moyenne de 13 519 personnes prises en charge par an.
- Gratuité de la prise en charge des personnes atteintes de tuberculose. Une moyenne annuelle de 10 897 personnes a bénéficié de cette gratuité.
- La gratuité de la prise en charge des cancers féminins. La gratuité des prestations liées aux cancers féminins fournies par les établissements publics de santé est régit par le

¹⁴ Stratégie de Financement de la Santé - Juin 2012 – MSP/ OMS - Niger

¹⁵ Stratégie nationale de financement de la santé en vue de la couverture universelle en santé au Niger. Juin 2012

Décret n°2007-261 / PRN du 19 juillet 2007. La mise en application de ce Décret relève du MSP/P/AS à travers ses structures soins spécialisées : l'hôpital national de Niamey (HNN), la maternité Issaka Gazobi (MIG), le centre national de santé et de la reproduction (CNSR) et le Centre National de Lutte contre le Cancer (CNLC). La gratuité couvre toutes les prestations liées au cancer du sein, le cancer de l'utérus et de ses annexes. Les données disponibles montrent qu'en moyenne 16746 femmes bénéficient chaque année de la gratuité des prestations liées aux cancers féminins.

2.3.3. Le système du recouvrement partiel des coûts

Le recouvrement des coûts consiste en une contribution partielle directe de l'utilisateur aux coûts des soins de santé. Il concerne essentiellement les soins curatifs et porte sur les paquets de services offerts par les Centres de Santé Intégrés et les hôpitaux de district.

Par la loi 95-014 du 3 juillet 1995 et son décret d'application N°96-224 du 29 juin 1996, le Niger a instauré le système de recouvrement partiel des coûts des soins de santé primaires dans le secteur non hospitalier. Ce dispositif législatif et réglementaire fut complété par les arrêtés N°0024/MSP/MF/RE/P et N°0026/MSP/MF/RE/P du 04 Février 1999 portant création d'une caisse unique de recouvrement de coûts de soins de santé primaires respectivement au niveau du Centre de Santé Intégré (CSI) et au niveau du district sanitaire. De ce fait, les structures sanitaires ont ouvert des comptes au niveau des banques pour recevoir les recettes générées.

Alors que le Ministère de la Santé Publique assure la tutelle administrative du système de recouvrement des coûts, la gestion au quotidien est confiée au comité de santé et au comité de gestion de l'aire de santé concernée (CSI, Hôpital de District). Ces comités sont des structures composées des personnes élues par la population.

2.3.4. Les mutuelles sociales

Les mutuelles de santé ont été instaurées par la loi 2008-10 du 30 avril 2008 portant régime général des mutuelles de santé en République du Niger. En vertu de cette loi, les mutuelles de santé sont des sociétés civiles particulières à capital et personnel variables ayant pour objet de garantir l'accès aux soins de santé aux adhérents et aux personnes à leur charge dont elles définissent l'étendue dans leurs textes.

L'article 3 de cette loi stipule que chaque citoyen doit disposer d'une assurance maladie.

En 2009, l'UEMOA a adopté le règlement 07/CM/2009 et le Niger se dote en 2016 de l'Agence Nationale de la Mutualité Sociale (ANMS) avec un nombre total de bénéficiaires de 88258 personnes.

2.3.5. L'assurance maladie privée commerciale

Il s'agit de l'assurance maladie souscrite par les entreprises privées et les autres employeurs au profit de leurs employés. Ce système s'inscrit dans le cadre des dispositions du code de travail et est géré par les compagnies d'assurance. Au total on estime à 78 094 personnes assurées, soit 0,4% de la population nigérienne.

2.3.6. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

La caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a été instituée par la Loi n°65-004 du 08 février 1965 abrogée et remplacée par la Loi n° 2003-34 du 05 août 2003 portant création d'un établissement public à caractère social dénommé CNSS. Ses statuts ont été adoptés par le Décret n° 2005-64/PRN/MFPP/T du 11 mars 2005. En moyenne 384 047 personnes bénéficient des prestations de la CNSS par an.

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

2.3.7. Les évacuations sanitaires à l'extérieur

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

En 2017, près de 559 personnes¹⁶ ont bénéficié des évacuations sanitaires, contre 450 personnes en 2016. En 2018 au 10 décembre, le montant engagé pour les évacuations sanitaires s'élève à 2 609 000 000 F CFA contre 5 401 057 282 F CFA en 2016 et 5 276 159 099 en 2017.

Tableau no 4 : Récapitulatif des différents régimes de couverture du risque maladie

Régime	Cadre réglementaire	Nature régime	Population bénéficiaire	Estimation population couverte
Les exemptions partielles de paiement	Décret n° 96-0456/PRN/MSP du 28 novembre 1996.	Contributif	Fonctionnaires de l'Etat, Retraités, Contractuels, Agents en service civique national ainsi que les membres de leurs familles	1 229 790
Caisse Nationale de sécurité sociale	Loi n° 2003-34 du 05 août 2003 portant création d'un établissement public à caractère social dénommé CNSS	Contributif	Les assurés à la CNSS sont les travailleurs salariés du secteur privé et les auxiliaires du secteur public	384 047

¹⁶ Il s'agit précisément des factures engagées et les bénéficiaires pourraient être légèrement en dessous de ce chiffre.

Régime	Cadre réglementaire	Nature régime	Population bénéficiaire	Estimation population couverte
Mutuelles sociales	Règlement n° 07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA	Contributif	Différentes catégories socioprofessionnelles	88 258
Assurances privées commerciales	Code des Assurances CIMA	Contributif	Population de l'économie formelle pour l'essentiel et plus particulièrement celles du secteur privé.	78 094
Gratuités des soins ciblés	Décret N°2005/316/PRN/MSP/L CE du 11 novembre 2005	Non-contributif	Enfants 0-5 ans et femmes	4 848 210
Evacuations sanitaires à l'extérieur		Non-contributif	Fonctionnaires et ayants droit	559
Recouvrement partiel des coûts	Loi 95-014 du 3 juillet 1995		Population générale	Reste de la population

La proportion de la population bénéficiaire de système formel de protection contre le risque maladie est estimée à 5,10% de la population. La couverture contre le risque maladie s'avère insuffisante chez les travailleurs du secteur formel et quasi inexistante dans le secteur informel¹⁷.

En sus, plusieurs mécanismes d'exemptions de paiement des soins, soit totale ou partielle sont mis en place par le Gouvernement du Niger et permettent de réduire le risque financier lié à la maladie. Ces différents mécanismes d'exception permettent de lever les barrières financières dans l'accès aux soins pour une population estimée à 27,69%¹⁸ de la population.

¹⁷ Rapport OMS, Janvier 2019

¹⁸ Rapport population enfants de moins de 5 ans plus agents de l'Etat et retraités soit 60780003/population totale 21942943

2.4. Défis de la marche vers la CSU au Niger

La Couverture Sanitaire Universelle fut en elle-même un défi majeur pour tous les pays, puisque d'une idée relativement simple consistant à offrir une couverture médicale à tout un chacun, on est parvenu à un concept plus complexe et plus utile. Dès lors trois principes majeurs ont guidé les débats sur cette question. Il est convenu de façon unanime que la couverture de santé universelle est aussi bien une question d'équité qu'une question de protection financière et de qualité de soins de sorte que les prestataires établissent de bons diagnostics et prescrivent des traitements appropriés et abordables.

Au Niger, la marche vers la CSU en tant que nouveau paradigme, est un processus amorcé il y a au moins une décennie, dans le sillage des réflexions menées sur le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé. Il s'agissait essentiellement de concevoir d'une part des stratégies de mobilisation des ressources pour le renforcement de l'offre des soins y compris l'amélioration des conditions de vie et d'autre part de mobiliser des ressources pour la solvabilité de la demande des soins. L'enjeu à ce niveau est la poursuite du recouvrement des coûts tout en cherchant à minimiser progressivement les paiements directs des ménages. Ce qui requiert, un appel à un dispositif de mutualisation des risques intégrant notamment la mise en place de mutuelles de santé.

Le processus ainsi enclenché est buté à des contraintes/difficultés majeures et des défis de taille. On peut évoquer entre autres :

Au niveau de la gratuité des soins :

- Les mécanismes de ciblage non effectués ;
- Les faiblesses dans le suivi et le contrôle des factures de la gratuité ;
- La mobilisation des ressources financières y compris les lourdeurs administratives dans le remboursement des factures.

Au niveau des systèmes contributifs

- Faible capacité contributive des ménages ;
- Faible niveau de professionnalisation du mécanisme ;
- Faible appui des collectivités locales ;
- Disponibilité d'une offre de soins de qualité sur tout le territoire.

Au niveau des secteurs porteurs des déterminants de santé

- Manque de coordination des actions entreprises par les secteurs porteurs des déterminants ;
- Faible engagement des sectoriels au sein du Groupe Technique Nationale pour la CSU.

Au niveau global :

- La coordination des acteurs institutionnels ;
- La gouvernance ;

- La grande vulnérabilité socioéconomique des populations en lien avec l'instabilité climatique (pauvreté, conflits récurrents etc.)
- La croissance démographique versus croissance économique ;
- Le poids du secteur informel dont les mécanismes de contrôle ne sont toujours pas à point ;
- Pérennisation du financement de la CSU ;
- Identification et ciblage des bénéficiaires ;
- Concentration du personnel de santé dans les grands centres au détriment de la périphérie ;
- Insuffisance des plateaux techniques répondant aux besoins des populations ;
- Insuffisance de personnel de santé qualifié ;
- Mise en place d'organismes gestionnaires de tiers payant.

L'évolution du processus de mise en œuvre de la CSU a permis d'amorcer la résolution de certains problèmes et contraintes. Cependant le processus étant dynamique, d'autres défis feront leur apparition. La conduite du processus et son aboutissement dépend évidemment de la capacité des acteurs à relever ces défis.

3. Cadre conceptuel de la stratégie

3.1. Vision

Le Niger aspire à être une nation moderne et émergente où les citoyens bénéficient d'un accès légitime et universel aux soins et services de santé de qualité suffisante sans aucune forme d'exclusion ou de discrimination avec leur pleine participation, tout en veillant à ce que l'utilisation de ces services n'expose pas les particuliers et les familles à des difficultés financières.

3.2. Objectifs et orientations stratégiques

3.2.1. Objectifs de la stratégie

L'objectif général de la stratégie nationale CSU est de permettre à la population Nigérienne d'accéder aux soins et services de santé de qualité et promouvoir le bien être à tous et à tout âge.

L'objectif général sera réalisé à travers les objectifs spécifiques ci-après :

OS1 : Améliorer les déterminants de la santé ;

OS2 : Améliorer l'offre de services de santé ;

OS3 : Améliorer la Protection Financière contre le risque maladie ;

OS4 : Rationaliser le système de financement de la santé pour la CSU

3.2.2. Piliers d'intervention

3.2.2.1. Les déterminants de la santé

Il est admis de tous que la santé est un concept complexe. Les résultats de nombreux travaux dans le monde sur les déterminants de la santé des populations montrent que les disparités face à la maladie entre les pays ne diminuent pas. Pas plus que les disparités à l'intérieur des pays. Il est aussi connu que l'état de santé est influencé de façon non équivoque, entre autres, par la position sociale, le niveau d'éducation, la nutrition, l'emploi, la richesse de l'environnement et le support social. Les caractéristiques de l'environnement social renforcent la résistance à l'apparition de la maladie en général et elles permettent à certains, quand ils sont malades, de l'être moins longtemps et moins gravement. Ces observations montrent que les facteurs, les situations, les contextes qui sont porteurs de santé, ne sont pas de même nature que les mécanismes qui sont à l'œuvre quand il s'agit de diagnostiquer, de traiter, voire même de prévenir des maladies spécifiques. Si les maladies et la santé ne sont pas des événements indépendants, ils ne sont pas pour autant réductibles l'un à l'autre. Les modèles explicatifs de la santé sont différents de ceux de la maladie. Les disciplines mobilisées pour analyser et comprendre la santé des populations (sciences sociales et comportementales) ne sont pas les mêmes que celles qui sont à la base de la compréhension de la maladie et de son traitement (sciences biologiques). S'il est aujourd'hui très largement reconnu que l'être biologique et l'être psychosocial interagissent au sein d'une même personne, les sciences humaines doivent apporter des éclairages en identifiant ce que dans l'environnement social atteint l'individu dans son corps et dans son esprit. Aussi dans le cadre de la mise en œuvre de la présente stratégie CSU, les secteurs porteurs des déterminants de la santé au Niger (eau, hygiène et assainissement, nutrition, agriculture, sciences humaines, emploi, finances publiques, etc.) doivent s'appuyer sur des groupes thématiques permanents.

3.2.2.2. L'offre des soins et des services de santé de qualité

L'amélioration de l'offre des soins et services de santé est la mission traditionnelle du Ministère en charge de la santé et de ses partenaires nationaux et internationaux qui contribuent chaque année au développement de grands Programmes de santé publique et à la densification de la carte sanitaire à travers la création des établissements de santé, la réhabilitation des infrastructures, le développement des ressources humaines, le renforcement des équipements et l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. Dans la conduite des chantiers d'amélioration de l'existant et de l'extension de l'offre, le Ministère de la Santé Publique, de la Famille et des Affaires Sociales a un rôle administratif de régulation, d'établissement des normes de qualité aux différents niveaux du système de santé et de financement du système de santé

3.2.2.3. La protection financière

Historiquement, les mécanismes de protection contre le risque financier lié à la maladie sous leurs diverses appellations (gratuité des soins, exemption de paiement, mutuelles de santé, micro assurance santé, épargne santé, ...) ont servi de bases au développement des systèmes de santé selon le modèle de William Beveridge (systèmes de services nationaux de santé) et celui de Otto Von Bismarck (systèmes d'assurance sociale) qui servent de cadres à la couverture universelle du risque maladie dans les pays développés. Aujourd'hui, en synergie avec les interventions de

l'Etat, ils servent de supports d'une phase de transition vers la Couverture universelle du risque maladie dans plusieurs pays dont le Niger.

L'analyse des systèmes de santé dans le monde fait apparaître qu'on ne peut pas développer l'accès à la santé ni parvenir raisonnablement à gérer le dispositif s'il n'y a pas une implication de chaque individu. Il est important de faire en sorte que chaque individu prenne une partie de ses problèmes de santé en responsabilité, c'est-à-dire qu'il ait une implication personnelle individuelle dans la santé et que cette somme d'implications individuelles concoure à la progression vers la Couverture Sanitaire Universelle. Mais en somme, la conception et la mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) relèvent d'un processus autant technique et politique. Les perspectives des parties prenantes et l'ampleur de leur soutien influenceront, de façon déterminante la faisabilité de la CMU.

Tableau no 5 : Descriptif de modes d'intervention des trois piliers de la CSU

Piliers	Objets	Objectifs	Méthodes/Approches
Déterminants	Développement ou conception globale de la santé	Améliorer l'état de santé des populations en s'attaquant aux causes des problèmes de santé	Approches multidisciplinaires Focus Group Enquêtes, mesures
Offre des soins et services de qualité	Malade, individu, absence de maladie	Guérir les malades Soulager les malades	Approches médicales et techniques basées sur les compétences des professionnels de la santé pour établir le diagnostic et conduire le Traitement des malades au cas par cas ; Conseils
Protection financière	Ressources	Réduire la barrière financière de l'accès aux soins ; Maîtriser les coûts des soins ; Réduire l'impact économique direct et indirect des problèmes de santé.	Approche économique et sociale Gestion des mécanismes assuranciers ; Calcul des coûts ; Rapport coût / efficacité.

En définitif, il découle de la description des trois piliers de la CSU, qu'ils sont dépendants l'un des deux autres et quand l'un dysfonctionne, la CSU n'avancerait pas. D'où leur Complémentarité impérative dans la progression vers la CSU au Niger.

3.3. Méthodologie d'élaboration de la stratégie

La stratégie de la CSU a été élaborée en quatre (4) phases ci-dessous décrites.

Une première phase a réuni les participants en septembre 2019 à Dosso en atelier de diagnostic sur les trois piliers de la CSU à savoir l'offre des soins et services de santé, la demande des soins et les déterminants de la santé au Niger. Cet atelier de diagnostic et d'orientation méthodologique dont l'objectif était de faire connaître la situation actuelle à travers les forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) de la CSU au Niger, a permis aux responsables des secteurs porteurs des trois (3) piliers de la CSU de dégager des axes stratégiques pour contrer les faiblesses et les menaces et réaliser les opportunités.

Cet atelier a permis d'une part, d'identifier les principaux défis au niveau de chaque pilier de la CSU et d'autre part, de définir les axes stratégiques et interventions pour servir de base à l'élaboration de la stratégie pour tendre vers la CSU sur la base des résultats du diagnostic.

A l'issue de cette première étape, le premier draft de la stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle a été élaboré et présenté en atelier à Niamey devant le GTR/CSU.

Une deuxième phase a réuni, toujours à Dosso, en atelier au mois d'octobre 2020, les membres du Groupe de Travail National/CSU, les représentants des Directions Régionales de la Santé Publique (DRSP), les représentants des Ministères porteurs des déterminants de la santé. Le draft de la stratégie de la Couverture Sanitaire Universelle a été partagé en amont de cette phase. Cet atelier a permis de réaliser une pré-validation technique du document.

Une troisième phase du processus a été réalisée à travers des études pour enrichir certains aspects de la stratégie. Avec l'appui des PTF (Expertise France et Enabel), des études ont été réalisées pour couvrir les questions relatives à (i) l'étude des coûts des soins et la tarification dans le cadre de la CSU, (ii) une évaluation actuarielle, (iii) une étude sur le coût de mise à niveau de l'offre de soins, (iv) une étude sur le dimensionnement du panier de soins des gratuités ciblées.

Une quatrième phase

Cette quatrième phase a consisté à la finalisation et la mise en cohérence avec :

- La budgétisation de la stratégie ;
- L'élaboration de l'organigramme de pilotage, d'orientation et de mise en œuvre de la stratégie et de son cadre de suivi et évaluation ;
- L'élaboration de l'architecture de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ;
- La finalisation de la feuille de route de mise en œuvre de la stratégie.

C'est donc l'ensemble de ces phases qui ont donné forme au document de la stratégie nationale de la CSU validé par le GTR en atelier à Liboré.

3.4. Conditions nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie et risques

3.4.1. Hypothèses

La présente stratégie est proposée sous réserve de la vérification des hypothèses ci-dessous décrites. Par ailleurs, des risques ont été identifiés dans la mise en œuvre de la stratégie. Les différents mécanismes de mitigation de ces risques sont également proposés.

3.4.1.1. Hypothèse n°1 :

Plus de santé est obtenu avec l'argent disponible, et plus de ressources publiques nationales sont mises à disposition pour la santé

a. Amélioration de l'efficacité à tous les niveaux

➤ La mise en œuvre effective de la réforme des budget-programmes

La meilleure façon d'accroître l'assiette fiscale est d'améliorer l'efficacité des dépenses. Au Niger une réforme phare de la gestion des finances publiques est initiée et qui vise une gestion basée sur les résultats. La réforme des budgets-programmes constitue un gage d'amélioration de l'efficacité et l'efficacité des dépenses de la CSU.

Cette réforme passe par une volonté politique et un effort redoublé de coopération entre les départements sectoriels (à commencer par le Ministère de la Santé) et le Ministère des Finances. Les ressources des ministères sectoriels devront être gérées par les responsables des programmes ; il s'agira de mettre la stratégie de déconcentration de l'ordonnancement en œuvre et de respecter la séparation des pouvoirs. Il faudra également adapter les différents outils de rapportage annuel, assurer une plus grande utilisation des solutions numériques, et mettre en place le cadre de suivi de la performance.

➤ L'utilisation optimum des financements dans le choix des dépenses

Dans le secteur de la santé et les secteurs connexes, l'efficacité consiste aussi en l'achat stratégique, c'est-à-dire l'allocation de ressources et l'achat de services dans le sens d'un optimum de santé. Parmi les orientations plus précises, on soulignera le choix des interventions à haut impact, l'importance de mettre l'accent sur la prévention et l'éducation à la santé, ou encore la recherche d'efficacité dans les administrations publiques. Pour ce faire, la décentralisation est encore une orientation fondamentale qui rapproche les politiques et les financements des besoins de la population.

b. Amélioration du financement domestique de l'Etat

La Couverture Sanitaire Universelle, parce qu'elle se veut universelle, requiert une redistribution des ressources. Cette redistribution incombe à l'Etat, que ce soit par l'impôt ou les autres prélèvements.

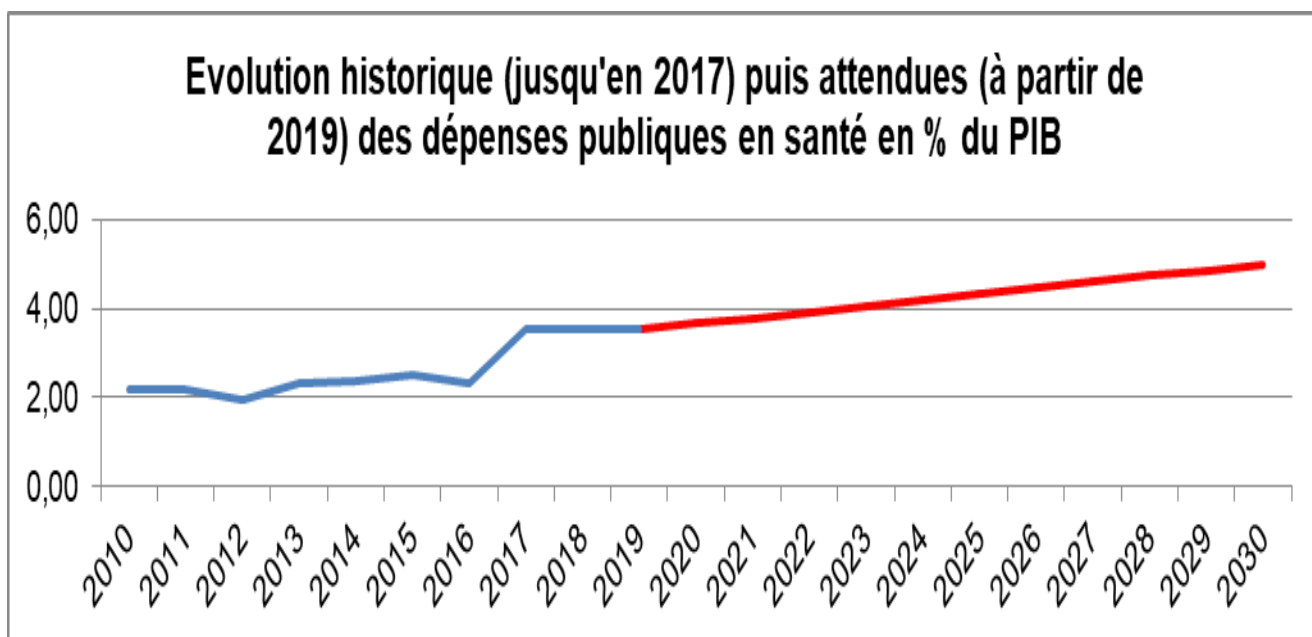
➤ Objectif de dépenses publiques en santé :

La santé à elle seule représente plus de 10% du PNB mondial ; il ne s'agit point de dépenses non productives. Au contraire, il est prouvé que l'investissement en santé est une source de

richesse, non seulement parce que la bonne santé est une condition de capacité de production des individus, mais aussi parce que le secteur est un grand pourvoyeur d'emplois directs et indirects.

La récente déclaration sur la CSU aux Nations Unies déjà citée donne un objectif de 5% du PIB pour les dépenses publiques en santé. Aujourd'hui, le Niger s'est situé légèrement au-dessus de 2% entre 2010 et 2016. D'après les CNS 2017, le dernier chiffre serait de 3.52%¹⁹. Le tableau suivant montre l'historique et l'objectif d'évolution de ce taux dans l'optique d'atteindre l'engagement de la déclaration :

Figure no 9 : Evolution de la part des dépenses publiques consacrées à la santé dans le PIB²⁰



Source : Comptes de la Santé

➤ Objectif de dépenses publiques pour la CSU

Etendue à la CSU, cette réflexion explicite l'impérative nécessité et l'opportunité que représente pour l'Etat le financement de la CSU. Il s'agit en soit de financer le bien-être de la population, de le faire universellement-donc d'œuvrer pour la consolidation des fondements d'une société ou d'un Etat-nation - et de le faire dans le cadre d'une économie productive, de bien-être.

L'initiative SUN propose un suivi des dépenses de la lutte contre la malnutrition dans tous les secteurs avec une méthodologie intéressante qui pondère chaque intervention. Un exercice de

¹⁹ Les dépenses publiques de santé représentent 43,64% des DTS en 2017.

²⁰ Dans cette hypothèse le chiffre de 2017 issu des CS est reporté à l'identique pour 2018 et 2019 puis une progression régulière est proposée jusqu'à l'atteinte des 5% en 2030.

suivi du budget consacré à la CSU pourrait être fait, qui s'inspirera de la méthodologie développée dans le cadre de la lutte contre la malnutrition.

c. Les réformes législatives

La stratégie nationale de la CSU nécessitera l'adoption d'un corpus juridique en vue d'encadrer son déploiement. Les différents organes de coordination offriront un cadre de travail permettant d'initier les différentes réformes législatives, nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie. La non mise en œuvre effective des différentes réformes juridiques ne permettra pas d'offrir un cadre légal propice à la mise en œuvre de la stratégie.

3.4.1.2. Hypothèse n°2 :

Le dialogue national dans toutes ses dimensions est amélioré, y compris le dialogue politique, social et sociétal, et l'intégration de la problématique du genre.

a. L'intersectorialité

La santé doit être de toutes les politiques, et la CSU est davantage encore une question d'intersectorialité.

Une condition de réussite de la stratégie CSU tiendra à la capacité de l'administration à travailler de manière intersectorielle. Ceci signifie qu'il faut poursuivre les efforts pour trouver des moyens de collaborer entre Ministères et Institutions de l'Etat qui dépassent les cadres administratifs rigides et développent des conditions de redevabilité intersectorielles ou sectorielles dans le cadre des activités.

b. Le dialogue social et le partenariat public-privé

La CSU est un paradigme qui en appelle à la volonté politique, un projet de société, un défi qui ne peut être porté que par la volonté du pays dans son ensemble d'aller vers le bien-être tous ensembles, c'est-à-dire en usant de solidarité.

Aussi le dialogue avec les corps constitués, avec les représentants des travailleurs, ou encore avec le secteur privé, est un dialogue qui doit être nourri pour que chacun tienne son rôle dans la tenue de l'objectif CSU.

c. L'implication des populations

Pour les mêmes raisons, les populations dans leur ensemble doivent faire partie du projet CSU. Celles-ci peuvent être impliquées notamment dans le cadre de la décentralisation, au niveau de la santé communautaire, dans le cadre des mutuelles de santé et autres guichets du tiers payant en santé ouverts aux bénéficiaires, dans le dialogue avec les prestataires de services de santé... Cela nécessitera l'adoption d'une nouvelle approche de participation communautaire, qui mettrait mieux celle-ci au centre des actions de santé à la base.

d. Prise en compte de la question du « genre »

L'éducation contribue à l'atteinte de la CSU, parce que seuls une appréciation personnelle et un engagement individuel permettront à la population d'être en bonne santé. La question du genre s'inscrit dès l'éducation : selon le Partenariat mondial pour l'éducation en 2015, 62,2% des filles ont terminé l'école primaire contre 75,5% des garçons et le taux d'achèvement du premier cycle du secondaire, quant à lui est à 13% pour les filles contre 18% pour les garçons. Plus généralement, la préoccupation constante à la question de la participation des femmes à la stratégie CSU est une condition de réussite de celle-ci.

3.4.1.3. Hypothèse n°3 :

Les défis de la CSU étant profondément adaptatifs, tout est mis en œuvre pour un meilleur leadership

a. Leadership et exemplarité

Les différents diagnostics sectoriels et celui transversal de la CSU soulignent l'importance du leadership pour avancer. Ceci peut être résumé par l'importance de la prise de conscience individuelle et la prise de responsabilités collectives sur la base de valeurs pour un changement national.

La création d'une dynamique nationale en faveur de la CSU va alors de soi, tant que chacun est acteur potentiel de changement et que le changement commence par soi. Si le leadership est appelé à jouer un rôle fondamental dans l'atteinte de la CSU, c'est aussi par l'exemplarité. Chacun à son niveau doit se montrer en cohérence dans l'attention à sa propre santé, et dans la recherche de performance et d'efficacité de ses propres actions.

L'engagement collectif peut alors se faire sur la base de l'écoute, de la compréhension de la perspective différente de l'autre dans ce domaine complexe et multi acteurs, de la réalité et de l'existant, et le meilleur chemin est pris pour aller de l'avant.

b. Redevabilité, déontologie et défense des droits des patients

Lorsqu'il s'agit de santé et plus généralement d'intervenir dans les domaines vitaux des populations, le leadership signifie aussi rapidement la responsabilité et la déontologie. La prise en charge de l'individu, son éducation ou son accompagnement requièrent un haut niveau d'éthique et de redevabilité.

La redevabilité sera au niveau de tous les organes de mise en œuvre de la stratégie. Au niveau central, elle se fera dans le cadre du conseil national de santé, au niveau régional par le comité régional de santé, au niveau départemental par le comité de santé de district et au niveau communal par le comité communal de santé. Ces plateformes de redevabilité renforceront le dialogue entre l'offre et la demande de soins. Elles permettront de trouver des solutions pour renforcer la redevabilité des prestataires et la promotion des droits des patients.

L'Observatoire Citoyen d'Accès aux Soins des Services de Santé (OCASS) qui est une plateforme de la société civile au Niger sera une porte d'entrée pour veiller à la bonne gouvernance des formations sanitaires et constituera une force d'analyse critique et de proposition. Aussi, la « redevabilité sociale » portée par la société civile aura deux champs d'action : la qualité des soins et l'utilisation des fonds publics et privées.

c. Digitalisation, transparence et optimisation des coûts

La digitalisation est devenue un outil permettant de maîtriser le coût des opérations dans divers secteurs d'activité et une efficacité dans la mise en œuvre des interventions. Par ailleurs le digital permet de toucher des populations dans des zones reculées, que ne permettent pas de réaliser des approches usuelles d'intervention. La digitalisation sera ainsi un principe de base dans la mise en œuvre de la stratégie. Elle constituera une intervention transversale et sera utilisée chaque fois qu'elle permettra d'améliorer l'accessibilité des populations, de réduire le coût des interventions et de gagner en efficacité.

3.4.1.4. Hypothèse n°4 :

Une évolution favorable de la société sur le plan démographique et éducatif / culturel

a. Amélioration du dividende démographique

L'une des dimensions de la couverture sanitaire universelle est justement l'universalité. Le développement de la CSU est notamment jugé à l'aune de la population qui bénéficie de soins de santé de qualité sans encourir de difficulté financière. Dans ce cadre, le rapport entre la population qui participe à l'effort et la population qui bénéficie des avantages est crucial. Ce rapport n'est aujourd'hui que peu favorable au Niger, où la population se caractérise par sa jeunesse, 15 ans en moyenne, conséquence d'un taux de natalité très élevé. 19 % de la population est âgée de moins de 5 ans.

Aussi dans un contexte de contraintes au niveau des ressources, et dans un environnement menacé par le changement climatique et autres pressions extérieures, une meilleure maîtrise du taux « personnes productives / personnes dépendantes » sera un atout certain. Ceci passe avant tout par l'éducation, mais peut faire l'objet de stratégies multiples, que le paradigme de CSU peut aider à porter.

b. Rôle transversal de l'éducation et des conceptions culturelles

Le rôle du changement de comportement dans les progrès de la Couverture Sanitaire Universelle mérite d'être mentionné. Le secteur de l'eau, l'hygiène et l'assainissement mentionne l'éducation en matière d'hygiène et autres conditions d'accès à l'eau potable. La lutte contre la malnutrition passe également par l'éducation. De même, la maîtrise de la démographie ne peut être que la résultante de choix personnels qui évoluent souvent avec le niveau d'éducation/instruction. Finalement, l'éducation est en amont de tout progrès socio-économique, et la CSU ne saurait être atteinte sans une attention spécifique aux politiques publiques en matière d'éducation.

Au fondement de l'éducation se trouvent la religion et les autres valeurs socio-culturelles. Celles-ci peuvent être des conditions positives ou négatives pour évoluer vers un état de bien-être. Chacun doit veiller à ce que la religion et ces valeurs servent le bien-être de l'individu et la bonne santé de chacun et de tous.

3.4.2. Risques

Les principaux risques dans l'atteinte de l'objectif général de la stratégie sont d'ordres endémo-épidémique, financier, climatique et sécuritaire.

Tableau no 6 : Principaux risques et mesures d'atténuation

Risque	Description	Mesures d'atténuation
Le risque climatique, épidémique et pandémique	- La situation qui prévaut dans les pays voisins, rend le Niger vulnérable sur le plan sanitaire. En effet les déplacements des populations à cause de l'insécurité peuvent être des sources de propagation des maladies (Covid-19), de la malnutrition des réfugiés (enfants et femmes) et même des autochtones ayant accueilli et nourri les réfugiés en attendant l'aide de l'état et des partenaires. - Les changements du climat observés ces dernières années ont des effets négatifs sur la production agricole et animale. Ces effets ont pour conséquences, la baisse de productivité /mortalité des animaux ainsi que dans le domaine agricole. L'indisponibilité des aliments en quantité et en qualité entraine forcément la malnutrition et le développement de certaines maladies.	La mise en œuvre de la SDDE permettra d'atténuer ce risque à travers la modernisation des modes de production et la prévention des risques. Plan d'Action national de lutte contre la pandémie de la Covid-19

Le risque financier	La faible prévisibilité financière de l'Etat du Niger et des PTF, impactera la capacité de contribution à la mise en œuvre de la stratégie CSU.	• Le risque financier pourrait être atténué si le Niger consent plus d'efforts dans la mobilisation des ressources internes et s'il diversifie ses partenaires. • Assurer un niveau de la concertation intersectorielle ; • Assurer l'adhésion des PTF à l'initiative de la CSU ; • Assurer la bonne gouvernance des organes de gestion des régimes de couverture maladie universelle
Risque Sécuritaire	Si la pression sur la sécurité nationale perdure, elle aura une conséquence directe non seulement sur la production de la richesse nationale mais aussi sur sa redistribution qui risque de se faire au détriment des secteurs sociaux dont la santé	Poursuite des efforts de l'Etat du Niger en allouant 17% du budget national à la sécurité des personnes et des biens

4. Priorités stratégiques de la CSU

4.1 Orientation Stratégique n°1 : Amélioration des déterminants de la santé

Cette orientation stratégique bien que ne relevant pas directement du secteur de la santé, contribue à son succès. Elle vise à décrire l'essentiel des interventions qui permettront d'influer sur les déterminants de la santé. Une amélioration de ces déterminants contribuera à créer un environnement favorable à l'atteinte des objectifs de la CSU.

4.1.1. Axe stratégique n°1 : amélioration de l'état nutritionnel de la population

En moyenne au Niger 353 359 enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition sévère et 399 675 souffrant de malnutrition modérée ont bénéficié de la gratuité de prise en charge de la malnutrition.

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

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

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

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

Les indicateurs pour le suivi de la prise en charge gratuite de la malnutrition aigüe sont :

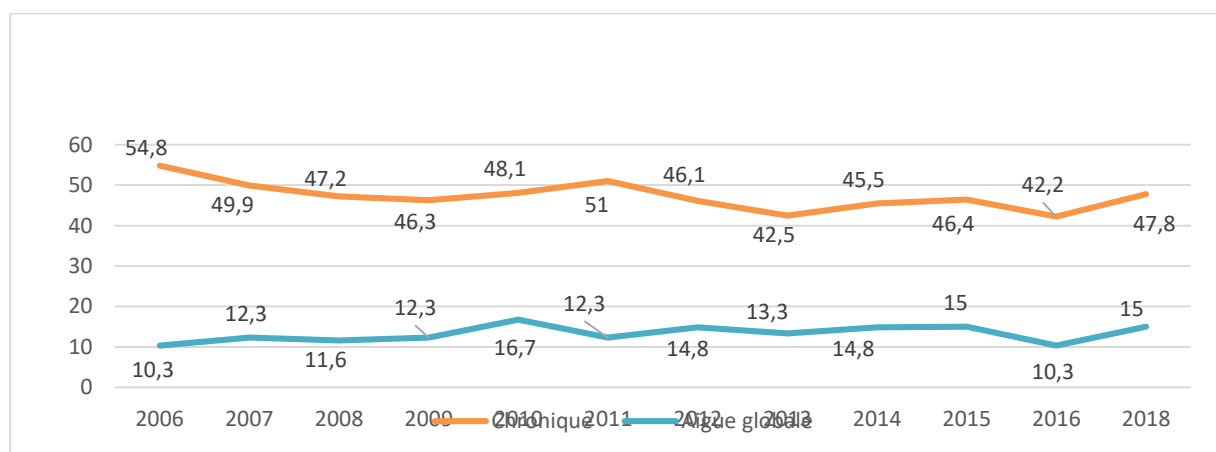
- Prévalence de la malnutrition sévère
- Prévalence de la malnutrition aigüe
- Couverture en vit A chez les enfants de 06 à 59 mois
- Fer acide folique chez les femmes enceintes
- Taux d'allaitement maternel exclusif

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

- Financement en grande partie par les partenaires ;
- Faible contribution de l'Etat ;
- Non-maîtrise de la prévisibilité du financement des partenaires ;
- Mauvaise coordination des interventions (chevauchement des activités des partenaires) ;
- Difficulté à faire une cartographie des interventions des partenaires.

Des niveaux de prévalence élevés (au-dessus des seuils d'alerte) persistent tant pour la malnutrition aigüe que la malnutrition chronique. Appliqués à une population en forte croissante, le nombre d'enfants affectés par la malnutrition augmente considérablement chaque année.

Figure n° 10 : Evolution des taux de malnutrition chronique et malnutrition aigüe globale des enfants < 5ans



En plus des effets de la malnutrition (la morbidité et la mortalité) sur l'état de santé, celle-ci pèse lourdement sur le développement psychomoteur et cognitif des enfants. Enfin à l'échelle du pays cela représente un manque à gagner en termes de développement socioéconomique et de croissance.

Conscient du défi que représente la nutrition, le Niger a souscrit à plusieurs engagements internationaux dans ce domaine, qui doivent également contribuer à l'ODD2. On peut noter en particulier les cibles de l'Assemblée Mondiale de la Santé à l'horizon 2025.

Le Niger s'est aussi doté d'une Politique Nationale multisectorielle de Sécurité Nutritionnelle qui décline les interventions nécessaires dans une large gamme de secteurs (Productions, Education, Environnement, Protection Sociale, Réponses aux crises, Communication...) pour espérer améliorer durablement l'état nutritionnel de la population. Ses objectifs stratégiques sont :

- Mobiliser l'ensemble des secteurs et des acteurs nécessaires à la lutte contre la malnutrition ;
- Rendre effectives, la coordination multisectorielle, la redevabilité des secteurs et acteurs ;
- Assurer la cohérence des interventions ainsi que l'intégration de la nutrition dans tous les programmes de développement ;
- Renforcer l'environnement institutionnel et le partenariat ;
- Favoriser l'engagement des décideurs, des PTF et des leaders d'opinion pour la sécurité nutritionnelle.

La nutrition doit devenir une priorité et être positionnée au plus haut niveau par les décideurs politiques. Avec l'appui des donateurs, ils utiliseront le savoir et les évidences scientifiques et seront en mesure de mobiliser un financement adéquat. Il est également nécessaire que les fournisseurs de services et les responsables soient motivés et utilisent les connaissances et les compétences acquises pour mettre en œuvre et gérer des interventions nutritionnelles. Enfin, il faut que tous les secteurs : EHA, agriculture / élevage / pêche, éducation, protection sociale et santé aient des ressources et des capacités suffisantes (infrastructures, systèmes et ressources humaines) pour mener à bien les interventions propres à leur mandat et qui peuvent être complétés par des interventions sensibles à la nutrition inscrites dans la PNSN.

Sur le plan opérationnel, la stratégie doit se déployer notamment par :

- La participation de la communauté, des leaders d'opinion et des individus par l'utilisation des informations acquises pour assurer des changements positifs dans les normes sociales non optimales, qui sont directement ou indirectement liées à la nutrition (par exemple, l'autonomisation des femmes, le mariage des enfants, la planification familiale) ;
- La mise à l'échelle des interventions à impact prouvé sur la nutrition :
 - Nutrition maternelle optimale pendant la grossesse ;
 - Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
 - Supplémentation en Micronutriments pour les enfants à risque ;
 - Prise en charge Intégrée de la Malnutrition aigüe ;
 - Prise en charge de la malnutrition aigüe sévère.

Tout ceci ne pourra être réalisé qu'avec un effort budgétaire dédié à la hauteur de l'engagement manifesté.

4.1.2. Axe stratégique n°2 : amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement

Pour opérationnaliser la mise en œuvre des activités du Programme Sectoriel, Eau, Hygiène et Assainissement (PROSEHA 2016-2030), le MH/A matérialise les sous-programmes constituant le PROSEHA à travers leurs objectifs opérationnels. Les objectifs spécifiques du secteur sont largement des cibles chiffrées et les ambitions suivantes sont retenues dans le cadre de l'ODD n°6, à l'horizon 2030 :

- assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable (ODD Cible 6.1 : Sous-programme Alimentation en Eau Potable) ;
 - assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable à un coût abordable en milieu rural ;
 - assurer l'accès universel à l'eau potable à un coût abordable en milieu urbain.
- assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable et réduire de moitié la proportion d'eaux usées non traitées (ODD Cible 6.2 : Sous-programme Hygiène et Assainissement) ;
 - améliorer l'assainissement et hygiène des ménages ;
 - améliorer l'assainissement et hygiène des établissements scolaires ;
 - améliorer l'assainissement et hygiène des formations sanitaires ;
 - améliorer l'assainissement et hygiène des autres lieux de vie ;
 - renforcer les capacités institutionnelles pour la gestion de l'hygiène et de l'assainissement ;
- mettre en œuvre une gestion intégrée et une utilisation rationnelle des ressources en eau à tous les niveaux tout en réduisant les pollutions et en protégeant les écosystèmes liés à l'eau, notamment les montagnes, les forêts, les zones humides, les rivières, les aquifères et les lacs (ODD Cibles 6.3 à 6.6 : Sous-programme Connaissance, suivi et protection des ressources en eau) ;
- améliorer la gouvernance, renforcer les capacités nationales et renforcer la participation citoyenne en ce qui concerne la gestion de l'eau et de l'assainissement (ODD Cibles 6a & 6b : Sous-programme Gouvernance) ;
 - Le leadership et la satisfaction durable des besoins de financement du secteur est assuré par l'Etat ;
 - La coordination, le suivi-évaluation et la régulation du secteur sont assurés par l'Etat ;
 - Soutenir et renforcer la société pour la protection et la défense des citoyens et usagers des services publics en application de l'AFDH ;
- assurer l'accès à l'eau de qualité en quantité suffisante et de façon équitable pour tous les usagers de l'espace pastoral dans la quiétude et la solidarité.

4.1.3. Axe stratégique n°3 : amélioration de la lutte contre la pollution

La pollution est un déterminant de la santé qui a longtemps été oubliée et dont on voit aujourd'hui le poids. En particulier au Niger, la pollution de l'air affecte la santé des ménages. Elle contribue significativement à la morbidité et la mortalité liées notamment aux infections respiratoires. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire la pollution est cause de :

- 25% de tous les décès par accident vasculaire cérébral,
- 15% des décès dus à une cardiopathie ischémique,
- 17% des décès dus au cancer du poumon,
- Plus de 33% de tous les décès dus à la bronchopneumopathie chronique obstructive,
- Près du quart de la charge de morbidité de la cataracte,
- 50% des décès dus aux pneumonies...

Les stratégies mises en œuvre devront être élaborées par des diagnostics qui restent encore à réaliser au Niger, tant cette préoccupation est récente et souvent laissée pour compte.

La lutte contre la pollution concerne également la pollution des sols et la pollution de l'eau.

Tableau no 6 : Synopsis de l'orientation stratégique¹ et de ses axes

Orientation Stratégique n°1 : Amélioration des déterminants de la santé		
Axe stratégique 1 : Amélioration de l'état nutritionnel de la population	Objectif Spécifique : Mobiliser l'ensemble des secteurs et des acteurs nécessaires à la lutte contre la malnutrition.	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 1.1. L'ensemble des secteurs et des acteurs nécessaires à la lutte contre la malnutrition est mobilisé.	1.1.1. Organisation d'un plaidoyer à l'endroit des acteurs de la nutrition (pouvoir public, la communauté les leaders d'opinions (LO)	1.1.1.1 Tenir une table ronde de mobilisation des ressources.
		1.1.1.2 Rencontrer les LO.
		1.1.1.3 Amener le pouvoir public à enclencher le processus de mise en exécution du programme national de sécurité nutritionnelle.
		1.1.1.4 Sensibiliser la population sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif
	1.1.2. Encadrement des producteurs et des consommateurs sur la qualité des aliments.	1.1.2.1. Promouvoir la culture et la consommation des aliments locaux riches.
		1.1.2.2. Sensibiliser la population sur la valeur nutritive des produits locaux (les légumineuses, les fruits....)
		1.1.2.3. Doter les producteurs en semences et engrais.
		1.1.2.4. Former les producteurs sur la culture des aliments locaux.
RA 1.2 la coordination multisectorielle des interventions en matière de nutrition est effective.	1.2.1. Coordination et redevabilité des secteurs et des acteurs.	1.2.1.1. Mettre en place des comités de coordination.
		1.2.1.2 Tenir des réunions périodiques d'échanges.
Total Axe stratégique 1		10
Axe stratégique 2 : Amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement	Objectif Spécifique 2 : Assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement à un coût abordable	
Résultats Attendus	Actions	Activités
R A2.1. Les ouvrages de développement des services pour les	2.1.1. Réalisation des ouvrages pour le développement des	2.1.1.1. Promouvoir les branchements d'eau potable promotionnels dans les ménages

ménages, les établissements scolaires et les formations sanitaires sont disponibles.	services pour les ménages, les établissements scolaires et les formations sanitaires	2.1.1.2. Construire des blocs de latrines au niveau des établissements scolaires y compris aux personnes à mobilité réduite
		2.1.1.3. Doter les établissements scolaires en Dispositifs de Lavage des Mains (DLM) y compris aux personnes à mobilité réduite
		2.1.1.4. Approvisionner les formations sanitaires en eau potable y compris aux personnes à mobilité réduite
		2.1.1.5. Construire de brûleurs au niveau des CSI et CS.
		2.1.1.6. Clôturer les formations sanitaires publiques
		2.1.1.7. Sensibiliser la communauté sur l'utilisation et l'entretien des ouvrages mis à leur disposition.
		2.1.1.8. Doter les HD, CHR CSME et HN en incinérateurs modernes.
	2.1.2. Régulation efficace des services de l'hydraulique villageoise	2.1.2.1. Créer des ouvrages d'adduction en eau potable multi-villages
		2.1.2.2. Assurer la gestion des ouvrages d'adduction en eau potable par des promoteurs locaux
		2.1.2.3. Assurer le suivi régulier par les services comptants des activités de distribution en eau potable.
		2.1.2.4. Sensibiliser les communautés réceptives sur l'utilisation et l'entretien des ouvrages.
	2.1.3. Généralisation de la mise en œuvre de l'approche « Assainissement Total Pilote par la Communauté » (ATPC) ;	2.1.3.1. Identifier les villages/communes
		2.1.3.2. Déclencher la mise en œuvre institutionnelle/opérationnelle (communes/ villages)
		2.1.3.3. Mettre en œuvre au niveau des villages les différentes activités de l'approche.
		2.1.3.4. Suivre les activités dans les villages.

		2.1.3.5. Evaluer les activités au village/communes
		2.1.3.6. Certifier les villages FDAL (Fin de défécation à l'air libre).
		2.1.3.7. Suivre les villages pour certifier pour la pérennisation des acquis.
	2.1.4. Construction de systèmes d'hygiène et d'assainissement dans les formations sanitaires et établissements scolaires qui en sont dépourvus est une priorité sectorielle.	2.1.4.1. Réhabiliter les blocs de latrines vétustes au niveau des établissements scolaires tout en les adaptant aux besoins des personnes à mobilité réduite.
		2.1.4.2. Doter les établissements scolaires en Dispositifs de Lavage des Mains (DLM) tout en les adaptant aux besoins des personnes à mobilité réduite.
		2.1.4.3. Approvisionner les formations sanitaires en eau potable tout en les adaptant aux besoins des personnes à mobilité réduite.
		2.1.4.4. Clôturer les formations sanitaires publiques
		2.1.4.5. Sensibiliser la communauté sur l'utilisation et l'entretien des ouvrages mis à leur disposition.
Total Axe stratégique 2		24
Axe stratégique n°3 : amélioration de la lutte contre la pollution	Objectif spécifique n°3 : Réduire les risques liés à la pollution de l'air, des sols et de l'eau.	
Résultats Attendus	Actions	Activités
R.A 3.3. Les risques liés à la pollution de l'air, des sols et de l'eau sont réduits.	3.3.1. Réalisation un état des lieux de la pollution de l'air intérieur.	3.3.1.1. Organiser une enquête dans les ménages, les lieux publics sur les nuisances causées par la pollution de l'air intérieur. (formations sanitaires, établissements scolaires, entreprises...)
		3.3.1.2. Cartographier les maladies susceptibles d'être engendrées par les pollutions.
		3.3.1.3. Diffuser le rapport de l'enquête.

	3.3.2. Adoption d'une stratégie de lutte contre la pollution de l'air intérieur.	3.3.2.1. Elaborer une stratégie nationale de lutte contre la pollution de l'air intérieur.
		3.3.2.2. Vulgariser les lois de la République relative à la stratégie nationale de lutte contre la pollution de l'air intérieur (loi antitabac, les drogue....).
		3.3.2.3. Mettre en application les lois de la République relative à la pollution de l'air intérieur.
	3.3.3. Réalisation d'une étude sur la pollution à extérieur	3.3.3.1. Organiser une enquête sur l'ensemble du territoire national sur les nuisances causées par la pollution à extérieur (déchets plastiques, ordures ménagères les produits phytosanitaire ...)
		3.3.3.2. Diffuser le rapport de l'enquête.
		3.3.3.3. Mettre en application les textes réglementaires sur les déchets plastiques
	3.3.4. Adoption de la stratégie santé et environnement	3.3.4.1. Vulgariser la stratégie santé et environnement.
		3.3.4.2. Mettre en application les lois relatives à la santé et l'environnement.
	3.3.5. Elaboration et mise en œuvre des schémas directeurs d'assainissement collectif.	3.3.5.1. Mener des études pour l'élaboration des schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau de chaque commune.
		3.3.5.2. Concevoir les schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau de chaque commune
		3.3.5.3. Mettre en œuvre les schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau des communes.
Total Axe stratégique 3		14
Total Orientation Stratégique n°1		48

4.2. Orientation Stratégique n°2 : Amélioration de l'offre de services de santé

Cette orientation stratégique est relative à **la première dimension** de la CSU (quels services fournir). Elle décrit l'ensemble des interventions à fort impact qui doivent être mises en

œuvre pour atteindre les cibles nationales. Elle porte notamment sur l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé.

4.2.1. Axe stratégique n°4 : amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé

Le Niger a fourni d'importants efforts pour améliorer la gouvernance dans le secteur de la santé. C'est dans ce cadre qu'une Inspection Générale des Services a été mise en place. Dans le but de renforcer la gouvernance, un audit institutionnel a été commandité par le MSP/P/AS en 2015. Cet audit a identifié un certain nombre d'insuffisances qui portent sur les aspects suivants : la planification sectorielle, la décentralisation et la déconcentration, le dialogue politique et la coordination sectorielle, l'inspection, le contrôle et la recevabilité, la mise en œuvre des réformes et le partenariat.

Un certain nombre de réformes sont donc envisagées ou déjà en cours :

- La couverture universelle en santé elle-même ;
- L'organisation du système d'information sanitaire en particulier la révision du SNIS pour les besoins de la mise en œuvre du PDS et répondre à la mesure des performances du système de santé ainsi que la mise en place des tableaux de bord permettant le suivi efficace des interventions à tous les niveaux ;
- Le financement basé sur les résultats ou gestion axée sur la performance ;
- Le transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités territoriales.

De plus, les ressources humaines en santé sont aujourd'hui au sein de ce programme. Or cette question est l'une des plus fondamentales pour l'amélioration de l'offre de services de santé. Un certain nombre d'objectifs spécifiques relève de ce pilier du système de santé :

- Doter 80% des structures sanitaires en personnels conformément aux besoins identifiés.
- Planifier la formation initiale et continue conformément aux besoins identifiés auprès de la totalité des structures sanitaires.
- Gérer les carrières de tous les agents de santé au sein des différentes catégories d'emplois de la fonction publique.
- Mettre en place un dispositif de certification et d'accréditation des écoles de formations en santé.
- Développer la gestion prévisionnelle des postes au niveau central, DRSP et districts sanitaires
- Mettre en place des mesures motivationnelles dans toutes les formations sanitaires dans le cadre de la gestion axée sur les résultats.
- Renforcer la capacité de GRH à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
- La mise en œuvre d'actions de promotion de l'installation des médecins en zone rurale ;

4.2.2. Axe stratégique n°5 : amélioration de l'accès aux soins et services de santé²¹

Cet axe stratégique comprend notamment deux piliers essentiels du système de santé, à savoir les infrastructures et équipements (et leur maintenance) ainsi que les médicaments et autres produits de santé. Les orientations majeures de cet axe sont les suivantes :

Infrastructures et équipements (et leur maintenance)

- Mise en œuvre de la stratégie nationale de maintenance
- Mise en œuvre de nouvelles normes et standard
- Recours au PPP dans la construction des infrastructures sanitaire
- Mise en œuvre de la Recherche Action en matière de maintenance
- Le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs ;
- Dans le cadre de la progression vers la CSU, les prévisions en construction de nouvelles infrastructures sont de :

- CSI : 1150 CSI qui viendront s'ajouter aux 1106 CSI existants soit une augmentation de 115 CSI par an.

Cette prévision est sous-tendue par les arguments ci- après :

- Nouveau paradigme sur la CSU : engagement au niveau mondial lors de l'AG des NU en faveur de la CSU. L'adhésion des Etats à la déclaration de Politique sur la CSU, va inciter les Etats à investir dans la santé. Dialogue social
- Les opportunités de création de CSI dans le cadre du PPP
- L'augmentation substantielle (à hauteur de 15% tel que prévu par la CDEAO) du budget du secteur de la santé.
- Les opportunités de création de CSI par les partenaires dans le cadre des interventions humanitaires.
- Les investissements dans le secteur de la santé (création de CSI, renforcement des capacités des agents de santé...) liés à la mise en œuvre des Projets Pipelines Ruraux (PPR) (117 CSI à créer entre 2021-2024, équipement de 8 HD)
- HD : Construire 33 nouveaux HD entre 2021 et 2026 et les doter en incinérateurs modernes. Les arguments en faveur de cette prévision sont :
 - Les HD sont les premiers niveaux de référence des CSI
 - Réduction du coût de prise en charge des patients
- CHR :
 - 1 CHR à construire à Zinder

²¹ Une remarque importante s'impose : le programme n°2 du Ministère de la Santé recoupe le domaine de la protection sociale santé ou « protection financière contre le risque maladie » selon la terminologie de l'objectif stratégique n°2 de la présente stratégie. Et pour cause, une part importante des mécanismes de prise en charge contre le risque maladie est aujourd'hui mise en œuvre par le Ministère de la Santé. Dans la mise en perspective d'un schéma de financement de la santé cohérent (cf. infra), le respect de la séparation des rôles entre acheteurs de soins et prestataires des services de santé, ou encore dans la logique de la loi sur la Protection Sociale, le programme 2 est donc ici amputé des mécanismes de protection contre le risque financier.

- Construction d'un pavillon d'isolément dans tous les CHR
- Construction et/ou réhabilitation d'un pavillon des maladies infectieuses dans tous les CHR
- Réhabilitation des services d'aiguillage et des urgences
- Construction et/ou réhabilitation des services de radiologie médicale (numérique) dans tous les CHR
- Construction une mini AEP dans le CHR de Diffa
- Doter tous les CHR en incinérateurs modernes

➤ CSME :

- Finaliser la deuxième phase (bloc administratif, bloc opératoire, maternité, service de néonatalogie) à Dosso, Tillabéry, Diffa et Agadez
- Construire des logements pour le Directeur (trice) et le surveillant(e)
- Construire une mini AEP à Diffa, Zinder, Tillabéry et Agadez.
- Doter en incinérateurs modernes dans tous les CSME
- Construire et/ou équiper une buanderie à Zinder et Diffa
- Construire un magasin de vivres et intrants
- Clôture en matériau définitif des CSME de Tillabéry, Zinder et Tahoua
- Construire un service de pédiatrie B au CSME de Zinder

Les arguments en faveur de cette extension sont :

- Le nouveau paradigme sur la CSU
- La place de la santé de la mère et de l'enfant dans la politique nationale de la santé (GFF...)
- Santé communautaire, e-santé et PPP à développer

Médicaments et autres produits de santé :

- Renforcement du cadre juridique du secteur pharmaceutique ;
- La réforme du secteur pharmaceutique en mettant un accent particulier sur la réorganisation de l'ONPPC par la définition des nouvelles missions de services, l'ouverture de son conseil d'administration aux partenaires techniques et financiers et la dotation d'un fonds de roulement conséquent en vue de permettre à cette structure de jouer pleinement son rôle ;
- Renforcement de la chaîne d'approvisionnement en produits de santé (recapitaliser l'ONPPC, renforcer sa capacité de stockage et en régions, renforcer la capacité de distribution des produits de santé, améliorer la gestion interne de l'ONPPC et son circuit de distribution) ;
- Renforcement de la production locale des médicaments ;
- Renforcement du contrôle de qualité des médicaments ;
- Disponibilité en médicaments, sang et dérivés de qualité dans les formations sanitaires
- Intensification de la lutte contre la vente illicite des médicaments et des médicaments contrefaits ;
- Mise en place d'une agence de réglementation pharmaceutique ;
- Renforcement de la Direction de la Pharmacie et de la Médecine Traditionnelle ;
- Renforcement des capacités des services sur les technologies de production des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) ;

- Intégration des modules de formation de la médecine traditionnelle dans le curricula de formation des écoles et universités ;
- Encadrement des tradipraticiens dans l'organisation de la filière MT ;

Mais encore :

- Le développement du partenariat avec le secteur privé dans l'offre des soins et des services, au travers de la contractualisation, en privilégiant les avantages comparatifs.

Cet axe concourra au renforcement des soins de santé primaires en priorité.

4.2.3. Axe stratégique n°6 : amélioration des prestations de soins et services de santé

Pour tendre vers la CSU et accélérer l'atteinte des ODD relatifs à la santé, le pays a opté pour le développement de la stratégie intégrée sur la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, les interventions mises à échelle concernent la santé de la mère y compris la Planification familiale, la santé de l'enfant et adolescents, la prévention et la lutte contre, le paludisme, la tuberculose, les IST/VIH, les maladies cible du PEV, les cancers gynécologiques et les maladies non transmissibles. De plus et depuis plus d'une décennie, le Niger fait face à des crises alimentaires et nutritionnelles quasi récurrentes. A ces crises s'ajoutent les épidémies (la méningite, le choléra, la rougeole, le paludisme, la fièvre de la vallée du rift et l'hépatite E) et les inondations qui affectent surtout les couches de la population les plus vulnérables.

- Le développement d'une approche communautaire intégrée autour des cases de santé y compris la prise en charge communautaire des cas avec un accent particulier sur le niveau communautaire pour la prise en charge des trois maladies les plus tueuses d'enfants (diarrhées-pneumonie-paludisme) et sur la prise en charge communautaire de la mère et du nouveau-né.
- La mise en place d'un dispositif d'amélioration de la qualité dans le système de santé y compris la création des comités pharmaceutique, thérapeutique et de recherche au niveau de chaque établissement hospitalier et la mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires ;
- La mise en place des mesures organisationnelles et institutionnelles pour l'amélioration des performances des districts à fort poids démographique (plus de 500 000 habitants) et de nombre élevé de CSI ;
- Le développement des stratégies visant à améliorer la couverture des besoins en Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) sont couverts ;
- L'institutionnalisation de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) au niveau institutionnel et communautaire et a rendu obligatoire la notification et l'audit des décès maternels à tous les niveaux.
- Le renforcement des capacités opérationnelles pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies non transmissibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- La délégation des tâches dans le cadre de la prestation des soins et services de santé.
- Développement de traitement à travers les nouvelles technologies de l'information et de communication (traitement à distance)
- L'appropriation des moyens mis en œuvre dans le cadre de la sécurité sanitaire

- La transition et le relèvement après la riposte à une situation d'urgence ou à une catastrophe.

Cet axe concourra au renforcement des soins de santé de base en priorité.

4.2.4. Axe stratégique n°7 : définition d'un panier de soins et panier de services adapté aux besoins et aux moyens nationaux

Le panier de soins de la CSU est la liste des prestations que l'Etat s'engage à dispenser aux bénéficiaires de la CSU, à terme à toute la population.

C'est un outil technico-politique dans la mesure où il est défini traditionnellement en arbitrant entre des critères de santé publique, la disponibilité de l'offre de soins, le coût des soins dans le pays. L'application de critères de santé publique amène à inclure prioritairement dans le panier des prestations en faveur de la santé de la mère et de l'enfant et la prise en charge des maladies transmissibles. La disponibilité de l'offre tend à faire exclure du panier des soins techniques qui n'existent pas dans le pays, à moins que la décision soit prise de prendre en charge les évacuations à l'étranger dans le cadre de la CSU. Enfin, les pathologies longues et coûteuses peuvent être exclues en partie.

Les exclusions ne sont pas définitives. La CSU est censée garantir un panier de soins, qui est destiné à évoluer pour couvrir tous les besoins et utiliser toutes les possibilités de l'offre.

Les prestations qui composent le panier de soins sont diverses :

- Des actes médicaux, considérés isolément et plus ou moins codifiés : par exemple consultation curative au CSI ou à l'HD, CPN, transfusion, intervention chirurgicale spécifique (hernie, appendicite), examen spécifique ;
- Des ensembles d'actes correspondant à la prise en charge d'une pathologie ou d'une situation : par exemple l'ensemble des actes nécessaire pour la réalisation complète d'une césarienne, qui justifient un forfait (consultations d'anesthésie et de chirurgie, examens, intervention, transfusion éventuelle, journées d'hospitalisation, traitement des suites éventuel) ou encore le traitement du diabète (examen pour le diagnostic, médicaments, examens divers pour le suivi) ;
- Des interventions à finalité sanitaire, mais non définies par des actes médicaux par exemple des sensibilisations aux méfaits du tabac, au suivi prénatal et à l'accouchement assisté médicalement, à la planification familiale ;
- Des services d'hygiène : par exemple l'accès à l'eau potable, l'installation de latrines ;
- Des services annexes contribuant à la prise en charge, mais ne constituant pas des soins : par exemple, le transport des malades ;
- Des services extérieurs : par exemple le transport en cas d'évacuation et la prise en charge des soins à l'étranger.

Pour un démarrage de la CSU, il a notamment été retenu de mettre un accent sur les soins primaires des niveaux :

- PMA (en CS et CSI),
- le PCA de l'HD.

A l'évidence, c'est un panier restreint, mais les prestations de niveau intermédiaire et national pourront être intégrées progressivement selon les capacités financières de l'Etat.

Pour les prestations relevant de la politique de gratuité, celles-ci pourront être couvertes jusqu'aux niveaux intermédiaire et national. Il s'agit notamment :

- Tous les soins destinés aux enfants de moins de 5 ans,
- CPN,
- Césarienne, interventions chirurgicales spécifiques (GEU, rupture utérine),
- CPoN,
- PF,
- La prise en charge des cancers féminins (sein, utérus).

Le panier de soins de « la gratuité » pourra être étendu précisément à tous les accouchements et la prise en charge de la malnutrition.

La DOS du Ministère a produit, avec l'appui de l'OMS élabore une liste de pratiques essentielles²². La liste des pratiques essentielles est définie pour un ensemble assez important de domaines de la morbidité et de la pratique médicale : TB, VIH/SIDA, Paludisme, Santé de la Mère et de l'enfant, Maladies cardio-vasculaire, Affections musculo squelettiques, Santé mentale et neurologie, Chirurgie/anesthésie, Oncologie et réadaptation. La liste est déclinée par type de Fosa : CS/CSI, HD, CHR, HN et définit des priorités. Les pratiques sont des prestations de sensibilisation, des dépistages et des prises en charge à visée curative.

Ce panier concerne donc tous les niveaux de la pyramide de soins et des intervenants non médicaux et non basés dans des Fosa. Il est beaucoup plus large que les deux précédents

Il reste au GTR à produire une synthèse de ces approches et à expliciter une définition consensuelle du panier de soins de la CSU.

²² Cette liste évoque le document de l'OMS « Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, qui est une compilation des données factuelles existantes sur les interventions qui peuvent permettre de limiter les principales causes de décès chez la mère, le nouveau-né et l'enfant. Les « interventions essentielles » consistent en une liste récapitulant a) les 56 interventions clés sélectionnées en matière de santé reproductive et pour la santé de la mère, du nouveau-né et la survie de l'enfant, classées en fonction des niveaux spécifiques auxquels elles sont mises en œuvre ; b) le type de professionnels de santé requis pour leur prestation ; c) les produits clés nécessaires ; et d) les lignes directrices correspondantes disponibles. »

Tableau no 7 : Synopsis de l'orientation stratégique² et de ses axes

Orientation Stratégique n°2 : Amélioration de l'offre de services de santé		
Axe stratégique 4 : amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé	Objectif Spécifique 4 : Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 4.1 : les structures sanitaires sont dotées en personnels conformément aux besoins identifiés.	4.1.1. maîtrise de l'effectif des structures sanitaires	4.1.1.1 Nommer les responsables de la gestion des ressources humaines au niveau des Districts Sanitaires.
		4.1.1.2 Renforcer les capacités des responsables de la gestion des ressources humaines au niveau des Districts Sanitaires.
		4.1.1.3 Réaliser le suivi de carrière des agents à tous les niveaux
		4.1.1.4 Finaliser et valider les fiches de poste à tous les niveaux
	4.1.2. recrutement des agents	4.1.2.1. exprimer les besoins du recrutement
	4.1.3. répartition des agents selon les besoins	4.1.3.1. Affecter les agents selon les normes.
		4.1.3.2. élaborer le plan de développement et de déploiement des ressources humaines
	4.1.4. Mise en place des mesures motivationnelles pour les agents méritants.	4.1.4.1. Evaluer le travail des agents conformément à la réglementation
		4.1.4.2. Récompenser les meilleurs agents avec des témoignages de satisfaction et autres.
RA 4.2 Le transfert des compétences et des ressources vers les collectivités est effectif.	4.2.1. Mise en place des ressources vers les collectivités	4.2.1.1. Affecter toutes les ressources vers les collectivités ;
		4.2.1.2 Redéployer les agents vers les structures sanitaires des collectivités de rattachement.
RA 4.3. les réunions de coordination et de planification sont régulièrement tenues.	4.3.1. Coordination des planifications	4.3.1.1. Impliquer les responsables sanitaires dans l'élaboration des PDC ;
		4.3.1.2. Elaborer les PAA des DS en conformité aux PDC ;

RA 4.4. les Organes de la participation communautaire sont bien fonctionnels.	4.4.1. Coordination des Organes de la Participation Communautaire (OPC).	4.4.1.1. Renouveler les OPC à tous les niveaux conformément au document de la stratégie nationale de participation communautaire ;
		4.4.1.2. Former les OPC ;
		4.4.1.3. Impliquer pleinement les OPC dans la gestion des ressources des formations sanitaires ;
R.A 4.5. Dialogue politique sectoriel instauré.	4.5.1. Installation d'un dialogue politique réunion sectorielle.	4.5.1.1. Organiser les ETATS GENERAUX de la santé ;
RA 4.6. Les recommandations des IGS sont mise en œuvre par les différents niveaux.	4.6.1. renforcement des missions d'inspection	4.6.1.1. Intensifier les missions d'inspection et de contrôle des structures sanitaires à tous les niveaux ;
		4.6.1.2. Renforcer l'IGS en ressources matérielles et humaines qualifiées.
RA 4.7. Les produits de santé de qualité sont disponibles.	4.7.1. Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité ;	4.7.1.1. Dynamiser le système d'approvisionnement des produits de santé de qualité ;
		4.7.1.2. Lutter contre le trafic des médicaments illicites ;
		4.7.1.3. Renforcer les capacités financières, matérielles, humaines de l'ONPPC ;
RA 4.9 la mise en œuvre des réformes et le partenariat sont effective.	4.9.1 Développement de la Couverture Sanitaire Universelle	4.9.1.1 Réviser les textes réglementaires régissant la composition, l'organisation et le fonctionnement du Groupe National de Travail de pilotage de la CSU (GTN /CSU)
		4.9.1.2 Créer le Secrétariat Technique Permanent Multisectoriel (STPM) permettant de coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale CSU (GTN, CNS)
		4.9.1.3. Accélérer l'adoption de la loi et décret d'application de la CMU
		4.9.1.4. Mettre en place et rendre fonctionnelle l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU)

		4.9.1.5. Mobiliser les ressources financières pour la CSU
		4.9.1.6. Accélérer la déconcentration de l'ordonnancement
		4.9.1.7 Elaborer la Stratégie de Communication CSU
		4.9.1.8. Elaborer un plan d'action Pluriannuel de mise en œuvre de la stratégie de la communication CSU
Total Axe stratégique 4		22
Axe stratégique 5 : Amélioration de l'accès aux soins et services de santé	Objectif Spécifique 5 : Améliorer l'accès aux services et soins de santé.	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 5.1. la population accède aux services de santé	5.1.1. Transformation des cases de santé en CSI et construction de nouvelles formations sanitaires conformément au pré-plan de couverture des districts.	5.1.1.1. Construire et équiper 1150 CSI,
		5.1.1.2. Construire et équiper 33 HD dans les 5 ans,
		5.1.1.3. Construire et équiper 1 CHR à Zinder
	5.1.2. Renforcement des équipements des formations sanitaires	5.1.2.1. Equiper les formations sanitaires selon les normes.
	5.1.3. Amélioration de la gestion des déchets issus des soins de santé (GDISS).	5.1.3.1. Doter 33 nouveaux HD et tous les CHR d'incinérateurs modernes.
	5.1.4. Réhabilitation des services de radiologie médicale (numérique) dans tous les CHR	5.1.4.1. Réhabiliter les services de radiologie médicale (numérique) dans tous les CHR.

	5.1.5. Révision de la stratégie de maintenance préventive et curative des matériels et équipements sanitaires.	5.1.5.1. Réviser la stratégie nationale de maintenance des équipements sanitaires.
	5.1.6. Accélération de la mise en œuvre de la stratégie de maintenance préventive et curative des matériels et équipements sanitaires.	5.1.6.1. Disposer d'un plan de maintenance préventive des équipements sanitaires au niveau de toutes les régions.
Total Axe stratégique 5		8
Axe stratégique 6 : Amélioration des prestations de soins et services de santé	Objectif Spécifique 6 : Améliorer les prestations de soins et services de santé	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 6.1. les prestations de soins et services de santé sont améliorés	6.1.1. Intensification de l'approche PCIME	6.1.1.1. Renforcer les capacités des agents à tous les niveaux ;
		6.1.1.2. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) en matière de la PCIME.
	6.1.2. Renforcement de l'approche SONU	6.1.2.1. Renforcer les capacités des agents à tous les niveaux ;
		6.1.2.2. Doter tous les sites SONU en matériels adéquats (ventouses, coin de réanimation du nouveau-né, aspirateurs, concentrateurs d'oxygène, consommables etc.)
		6.1.2.3. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) en matière de la SR.

	6.1.3. mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires	6.1.3.1. Mettre en place des référentiels d'accréditation et de certification ;
		6.1.3.2. Former les membres des ECD et les staffs des structures de référence sur les enjeux de la certification et de l'accréditation.
	6.1.4. Mise en place des dispositifs de suivi après la riposte aux urgences et aux épidémies.	6.1.4.1. Rechercher les éventuels cas suspects au niveau communautaire;
		6.1.4.2. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)
	6.1.5. Développement du traitement à travers les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).	6.1.5.1. Mettre en place le matériel de Télémédecine ;
		6.1.5.2. Renforcer les capacités des agents ;
	6.1.6. Délégation des tâches dans le cadre de la prestation des soins.	6.1.6.1. Poursuivre la formation des cadres paramédicaux dans l'exécution de certaines tâches (VIH/SIDA, PCIME Communautaire etc.) ;
		6.1.6.2. Rendre disponible les intrants.
	Total Axe stratégique 6	
	13	
Axe stratégique7: définition d'un panier de soins (et/ou panier de services) adapté aux besoins et aux moyens nationaux	Objectif Spécifique 7: Déterminer les prestations de soins et services éligibles aux principes de financement de la CSU	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 7.1. Les prestations de soins et services sont déterminés	7.1.1. Détermination du panier de soins et de services	7.1.1.1 Finaliser l'étude sur les PMA et PCA
		7.1.1.2 Vulgariser les résultats de l'étude à tous les niveaux
		7.1.1.1 Réaliser une étude sur le panier de soins de l'Institut National de d'Assistance Médicale (INAM)
	7.1.2. Adaptation du panier de soins et de services aux besoins	7.1.2.1 Impliquer les communautés dans l'identification des besoins
		7.1.2.2 Prioriser les prestations en fonction des besoins

RA 7.2. Les tarifications y afférentes sont fixées	7.2.1. Détermination des critères de tarification	7.2.1.1 Réaliser une étude actuarielle portant sur la tarification
		7.2.1.2 Elaborer un document de tarification nationale de référence
	7.2.2. Adaptation du panier de soins et de services aux moyens nationaux	7.2.2.1 Prioriser les prestations en fonction de moyens financiers de la CNAM et de l'INAM
Total Axe stratégique 7		8
Total Orientation Stratégique n°2		43

4.3. Orientation Stratégique n°3 : Amélioration de la Protection Financière contre le risque maladie

Cette orientation stratégique porte sur la **troisième dimension** de la couverture sanitaire universelle. Il s'agit de trouver les modèles viables et novateurs permettant d'améliorer la protection financière contre le risque maladie. Il s'agit également de trouver des solutions en vue de réduire les coûts, afin que toutes les couches de la société puissent accéder aux services nécessaires sans être exposées à des difficultés financières.

4.3.1. Axe stratégique n°8 : fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes

La politique relative à cette exemption est **la politique nationale « phare » en matière de couverture du risque maladie. Elle a vocation à offrir une couverture financière importante** à environ un quart de la population. Son fonctionnement dans des conditions optimales constituera donc un pas gigantesque vers la CSU. Pour ce faire, une refonte du dispositif est nécessaire qui garantisse aux financeurs l'effectivité des soins faisant l'objet d'une demande de remboursement et l'utilisation optimale de ces financements.

Ceci sera fait d'une part avec le transfert de la gestion à une unité de gestion professionnelle. D'autre part, le dispositif sera efficace et pérenne à condition que les financements soient effectifs et correspondent au minimum aux coûts de prise en charge non couverts par les salaires et subventions à l'offre de service. Ces financements, issus de l'Etat et des partenaires financiers, doivent être mis à disposition dans des conditions de fluidité et de garantie de décaissement régulier au plus haut niveau de l'engagement de l'Etat. Enfin une révision éventuelle de la garantie pourra être envisagée : pour que le panier de services pris en charge soit plus cohérent et complet, et éventuellement pour qu'il coûte moins cher tout en s'inscrivant dans davantage d'équité. Plus précisément :

- Sur le plan organisationnel :

La professionnalisation de la mise en œuvre de cette gratuité revient à mettre en place un dispositif d'assurance santé pour les mères et les enfants provisoirement gratuit, avec ou sans identification et immatriculation. Il s'agit donc notamment de professionnaliser la fonction centrale de l'assurance qui est la gestion du risque, ainsi que les fonctions connexes (notamment monitoring et contrôle). Il s'agit également de mieux garantir la gestion financière.

En vue de répondre à cette exigence, le MSP/F/AS, avec l'appui et la coordination de ses partenaires a initié le projet d'institution d'une structure nationale, professionnalisée et déconcentrée, intitulée : Institut National d'Assistance Médicale du Niger (INAM) chargée de la gestion des gratuités de soins, selon une approche assurantielle.

- Sur le plan financier :

L'évolution de la CSU dépend en grande partie de l'évolution de la protection contre le risque financier et le financement des prestataires de services de santé ; au Niger ceci revient pour le moment au bon fonctionnement du mécanisme de gratuité pour les enfants et les femmes enceintes ; in fine l'évolution immédiate de la CSU dépend largement de la rigueur avec laquelle le mécanisme de gratuité assurera le remboursement des prestataires dans les années à venir. Ceci est la raison pour laquelle **il est fondamental que l'Etat garantisse la budgétisation, la mobilisation, et le décaissement à temps des financements nécessaires aux remboursements des factures de soins de santé de cette gratuité.**

Pour ce faire, la ligne budgétaire consacrée à la gratuité sera abondée année après année de 8 milliards de FCFA au démarrage de cette stratégie (2021) et évoluera en fonction des besoins. Ces derniers seront définis par l'analyse des dépenses en prestations par l'unité de gestion, l'évolution des services proposés, voire la population ciblée si décision est prise de restreindre l'éligibilité à la population la moins solvable uniquement. De plus les partenaires financiers seront largement mobilisés pour participer au financement du régime, dans une collaboration conditionnée toutefois au respect de ses engagements par l'Etat lui-même.

- Sur le plan de la prise en charge

L'ensemble de la population des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes est aujourd'hui éligible à la gratuité. La charge est donc entièrement aux subventions quel que soit le revenu du bénéficiaire. Cette « universalité » est également discutable du point de vue de la recherche de l'équité, qui invite le plus souvent l'Etat à redistribuer les moyens vers les populations les moins loties financièrement et/ou les plus vulnérables. Aussi le dispositif pourra être ciblé à ces populations, notamment s'il est avéré que le coût du ciblage n'atteint pas le gain fait sur les dépenses.

Cette restructuration du dispositif de gestion de la gratuité des soins pour les femmes et les enfants de moins de cinq ans s'inscrit dans une vision globale de mise en œuvre de la CMU des personnes vulnérables.

A cet effet, il y a lieu de rappeler que la prise en charge gratuite des personnes vulnérables en matière de santé prend ses fondements dans la constitution du pays du 25 novembre 2010 et

constitue l'un des piliers du système de protection sociale du Niger comme l'explique la loi de 2018 déterminant les principes fondamentaux de la protection sociale.

De ce fait, le projet de refonte de la gratuité des soins, qui vise, sur le plan opérationnel, à consolider les acquis de la politique publique de gratuité des soins, à la rendre plus efficace et crédible, à l'étendre progressivement à l'ensemble des personnes vulnérables et à créer les conditions de sa pérennisation technique et financière, vient répondre à l'un des engagements les plus forts du gouvernement en matière de santé.

Après une large réflexion, initiée par le MSP/P/AS avec l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF), sur la meilleure formule à retenir pour répondre aux exigences de professionnalisation technique, de bonne gouvernance et de management moderne, de transparence et de redevabilité que doit remplir le futur dispositif rénové d'achat des soins pour le compte de l'Etat et des collectivités territoriales, le choix s'est fixé, comme indiqué plus haut, sur la création d'une structure nationale déconcentrée, sous statut d'établissement public à caractère administratif (EPA), dénommé : **l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM) du Niger pour gérer le Régime d'Assistance Médicale (RAMED).**

L'INAM sera investi d'une double mission i) une mission générale de mise en œuvre de l'ensemble des stratégies et réformes de la gratuité des soins dans le cadre du processus de mise en œuvre de la CSU et ii) une mission spécifique de gestion déléguée de la prise en charge progressive de la gratuité des soins des personnes vulnérables, telles qu'elles seront définies et ciblées par les textes d'application de la loi sur la protection sociale.

4.3.2. Axe stratégique n° 9 : mise en œuvre progressive d'une couverture maladie universelle

La deuxième composante de la CMU se traduira par l'instauration d'un régime d'assurance maladie obligatoire couvrant les salariés et retraités des secteurs public et privé (catégorie 1) et les travailleurs indépendants du secteur informel et rural (Catégorie 2). Ce deuxième régime, le régime d'assurance maladie (RAM) sera un régime contributif, financé, pour la première catégorie, par les cotisations des assurés et les contributions de leurs employeurs et pour la deuxième catégorie par les cotisations des assurés, subventionnées par un apport de l'Etat et de ses partenaires.

Bien que complémentaires et interdépendants, une séparation de leur fonds de financement des régimes RAM et RAMED est préconisée.

Le RAM sera géré par la Caisse Nigérienne d'Assurance Maladie (CNAM). Le RAMED et le RAM seront les deux régimes de la CMU ou Couverture Maladie de base.

Les groupes de populations disposant de plus de ressources pourront continuer à mettre en place des mutuelles sociales complémentaires ou souscrire à des assurances privées, en complément du régime de base.

Les mutuelles sociales, assureront, le cas échéant, la mise en œuvre de certaines fonctions de gestion de l'assurance maladie (mobilisation sociale, mobilisation des fonds, vérification communautaire de l'effectivité et de la qualité des soins).

Les mutuelles professionnelles seront encouragées pour assurer des « complémentaires santé » adéquates pour leurs adhérents.

Le dispositif de CMU, appelé à faire bénéficier, progressivement, l'ensemble de la population d'un panier unifié de soins et services essentiels, sera complété au sommet par la mise en place de l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU).

L'ANiCMU aura une mission de coordination, d'encadrement technique, de normalisation et de régulation des régimes de la CMU gérés par de la Caisse Nationale d'assurance Maladie (CNAM) et de l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM).

Tableau no 8 : Synopsis de l'orientation stratégique³ et de ses axes

Orientation Stratégique n°3		
Axe stratégique 8 : fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.	Objectif Spécifique 8 : Professionnaliser la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 8.1. le dispositif actuel de la gratuite de soins est refondu	8.1.1 Création de l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins	8.1.1.1 Créer l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins
		8.1.1.2 Opérationnaliser l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins
		8.1.1.3 Former les acteurs au métier de tiers payant
RA 8.2 le système de gestion et d'émission des factures de la gratuite de soins est amélioré	8.2.1 Harmonisation du système de gestion de la gratuite de soins	8.2.1.1 Doter l'INAM d'un statut d'EPA jouissant de l'autonomie de gestion administrative, technique et financière
		8.2.1.2 Organiser la relation entre l'INAM et ses tutelles à travers un Contrat d'Objectifs, de Performance et de Moyens, pluriannuel, associant également les PTFs qui contribuent à l'appui technique et financier du nouveau dispositif de gestion de la gratuité des soins
	8.2.2 Création d'un système de vérification et de validation des factures de la gratuite de soins	8.2.1.3 Doter l'INAM de l'organisation et des outils nécessaires au reporting, audit interne, contrôle de gestion et suivi-évaluation du nouveau dispositif

RA 8. 3 le paiement régulier des factures de la gratuite de soins est assuré	8.3.1. Mobilisation des ressources suffisantes pour le paiement des factures de la gratuité des soins (Etat, PTF)	8.3.1.1 Doter l'INAM d'un manuel de procédures « Métier » de gestion du risque et en former ses cadres
		8.3.1.2 Mettre en place un mécanisme de conventionnement des formations sanitaires
		8.3.1.3 Mettre en place un mécanisme de contrôle médical des prestations médicales fournies par les formations sanitaires et de lutte contre la fraude et les abus de prescription et de consommation médicales non requises
		8.3.1.4 Mettre en œuvre un mécanisme de rémunération des prestataires de soins intégrant la promotion de la qualité des soins et la motivation du personnel soignant
		8.3.1.5 organiser un plaidoyer (séminaire gouvernemental, parlementaire, table ronde des PTF) pour un financement pérenne
		8.3.1.6 doter l'INAM d'un compte de dépôt « subvention de l'Etat » et un compte de dépôt « fonds extérieurs », intégrés au dispositif « compte unique du trésor ».
Total Axe stratégique 8		11
Axe stratégique 9 : mise en œuvre progressive d'une couverture maladie universelle	Objectif Spécifique 9 : Mettre en place un dispositif du RAM	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 9.1 un dispositif juridique et institutionnel de RAM est mis en place	9.1.1 Elaboration et adoption des textes portant sur les régimes d'assistance et d'assurance maladie universelle	9.1.1.1 Elaborer et adopter la loi sur la Couverture Maladie Universelle (CMU)
		9. 1.1.2 Elaborer et adopter des textes de l'organisme gestionnaire de RAM
		9. 1.1.3 Créer l'organisme gestionnaire de RAM
		9. 1.1.4 Mettre en place la commission permanente paritaire

RA 9.2 La protection financière des bénéficiaires est assurée	9. 2.1 Mise en place du RAM	9.2.1.1 Créer l'INAM et ensuite la CNAM et assurer l'opérationnalisation de leur fonctionnement en bonnes complémentarité et synergie, conformément à la feuille de route de mise en œuvre de la CMU
		9.2.1.2 Développer la création et la professionnalisation des mutuelles de santé professionnelles
		9..2.1.3 développer la création et la professionnalisation des mutuelles de santé communales, départementales et régionales
		9.2.1.4 Identifier les groupes vulnérables (indigents, personnes âgées, handicapés) devant bénéficier de la gratuité des soins de santé
Total Axe stratégique 9		8
Total Orientation Stratégique n°3		19

4.4. Orientation Stratégique n°4 : Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU

Cette orientation stratégique décrit les interventions et solutions nécessaires, pour une efficience dans le financement du système de santé. Cette efficience recherchée doit permettre de mobilisation de ressources pour le financement de la CSU. Elle devrait en outre se traduire par un plus grand impact sur la santé des populations.

4.4.1. Axe stratégique 10 : Mutation d'un achat passif à un achat stratégique des soins et services de santé

Le système de gestion budgétaire a évolué avec la réforme des finances publiques. Aujourd'hui, les choix budgétaires doivent être basés sur une connaissance précise du niveau de résultat à atteindre en fonction d'un montant de crédits alloués. Les crédits budgétaires sont donc systématiquement justifiés selon le principe de la justification au premier franc.

Le **Budget** étant la traduction chiffrée de toutes les activités qui seront réalisées au cours d'une année. Il retrace donc l'ensemble des ressources et des charges autorisées pour une année civile (12 mois).

La réforme de la structure budgétaire au Niger, passant du budget par intrants au budget par programmes instaure le cadre légal pour les dépenses par programmes prioritaires et met en place les règles pour la contractualisation. Elle instaure un système de reporting par résultats. Il

donc opportun pour le Ministère de la Santé Publique, de la Famille et des Affaires Sociales de connecter cette réforme de la structure budgétaire à l'achat stratégique des soins et services de santé qui passera dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie CSU, de l'exécution budgétaire passive à l'achat stratégique, permettant d'améliorer l'accès aux soins et services de santé au citoyens Nigériens. Le MSP/F/AS doit donc s'appuyer sur le dispositif normatif réglementant la gestion des finances publiques au Niger, pour mettre en place l'achat stratégique et définir des mécanismes de paiement des prestataires des soins et autres fournisseurs de biens et services de santé. Il doit également instaurer dans le cadre de l'achat stratégique un système de reporting harmonisé et unifié.

Rappelons que la gestion des finances publiques au Niger repose fondamentalement sur la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Plusieurs textes spécifiques (décrets, arrêtés et instructions) viennent encadrer la gestion budgétaire.

- La loi N° 2012-09 du 26 mars 2012 portant loi organique relative aux lois de finances ;
- La Directive Communautaire N° 007/2009/CM/UEMOA portant loi organique relative au Règlement Général de la Comptabilité Publique au sein des pays de l'UEMOA ;
- Le décret N° 2013-083 du 1er mars 2013, portant règlement général de la comptabilité publique ;
- Le Décret N° 2016-641/PRN/PM du 1er décembre 2016, portant Code des marchés publics et de délégation de service public ;
- L'arrêté N° 0351/ME/F septembre 2015, portant Système de gestion du budget national ;
- L'arrêté N° 0352/ du 23 septembre 2015, fixant les modalités d'exécution des dépenses de l'Etat ;
- L'arrêté N° 0353/ME/F du 23 septembre 2015, réglementant les Régies de Recettes et d'Avances du budget de l'Etat ;
- L'arrêté N° 0334/MF/DGB du 26 juillet 2018 fixant la nomenclature des pièces justificatives des dépenses de l'Etat, des Collectivités Territoriales et de leurs Etablissements Publics Administratifs ;
- L'Instruction N° 2064/ME/F/DGB du 23 décembre 2015, relative aux modalités d'exécution des dépenses du budget de l'Etat ;
- L'Instruction N° 2065/ME/F/DGB du 23 décembre 2015, portant procédures d'exécution des dépenses sur crédits délégués.

Il sera question à ce niveau d'intensifier les activités relatives à la mise en œuvre de l'approche **budget-programme**, et le rendre opérationnel à tous les niveaux du système sanitaire.

En outre le MSP/F/AS a affiché sa volonté de faire du Financement Basé sur les Résultats (FBR) une option prioritaire de financement du système de santé. Il a, à ce propos, élaboré un manuel de procédure nationale de mise en œuvre du FBR. Il s'agira donc de passer progressivement d'un financement des inputs à un financement des outputs. Le MSP/F/AS mettra en place un cadre favorable à l'adoption de cette approche par l'ensemble des Partenaires Techniques de Financiers.

4.4.2. Axe stratégique n°11 : intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux

Principalement il s'agira d'agir sur l'alignement des financements de la santé des partenaires sur les finances publiques (appui budgétaire) ou sinon conjointement sur les plans d'actions du Ministère. Dans le cas de l'amélioration de la nutrition, cela doit être fait dans le cadre de la pleine prise en compte des activités en lien avec la nutrition dans le système de santé.

Financements de la santé

Dans le cadre du fonds commun de mise en œuvre du PDS des partenaires se sont regroupés pour avoir des procédures de gestion commune. Les procédures du fond commun se sont avérées très efficaces et sont en grande partie à la base de l'exécution des dépenses dans les PAA des structures du Ministère de la Santé. Les partenaires poursuivront leur collaboration dans ce sens, en veillant à favoriser très largement la mise en commun des fonds plutôt que des fonds dédiés. Les dépenses des autres PTF devront également intégrer autant que possible, le fonds commun. En tout état de cause, le Ministère devra clairement définir ses priorités annuelles sur lesquelles les PTF devront s'aligner.

Alignement et intégration pour l'amélioration de la nutrition

Les efforts d'intégration effective des actions de prise en charge médicale de la malnutrition aigüe (principalement financées par les partenaires extérieurs) doivent se poursuivre de même que l'investissement dans les activités à haut impact promotionnelles et préventives.

Le plan d'action de la PNSN prévoit notamment l'intégration au niveau des différents secteurs (Santé, Agriculture / Elevage, Education, Eau/Hygiène/Assainissement Protection Sociale, Communication) et des sous-secteurs de la Santé (Directions de la Nutrition, Santé de la Mère et de l'Enfant, Hygiène publique / Assainissement, programme MNT, ...).

C'est dans cette perspective que l'alignement des partenaires sur les besoins devra être renforcé, notamment par un plus grand leadership national. Il est vrai que les financements extérieurs sont très importants notamment sur la prise en charge (intrants, ressources humaines...) ; leur intégration sera d'autant plus accrue qu'ils suivront les circuits des financements publics ou seront mutualisés.

Tableau no 9 : Synopsis de l'orientation stratégique4 et de ses axes

Orientation Stratégique n°4 : Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU		
Axe stratégique10: Mutation d'un achat passif à un achat stratégique des soins et services de santé	Objectif Spécifique 10: Rationaliser le système de financement de la santé pour la CSU	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 10.1 les ressources mobilisées sont alignées aux trois programmes budgétaires du secteur de la santé	10.1.1. Renforcement du processus de préparation du budget programme	10.1.1.1 Cartographier les ressources externes
		10.1.1.2 Organiser des réunions de préparation du PAP avec les PTF
		10.1.1.3 Organiser un plaidoyer de haut niveau en vue de l'alignement des interventions des PTF dans le budget programme
RA10.2 l'accès financier aux soins et services de santé est amélioré	10.2.1. Sécurisation du compte de dépôt dédiée à la CNAM et à l'INAM	10.2.1.1 Créer un compte de dépôt pour la CNAM et l'INAM
		10.2.1.2 Doter régulièrement la CNAM et l'INAM des ressources financières suffisantes
	10.2.2. Détermination un mode de paiement équitable et pérenne pour les ménages	10.2.2.1 Instaurer un paiement de cotisation adapté aux revenus des ménages
		10.2.2.2 Développer un mécanisme de recouvrement des cotisations efficace
Total Axe stratégique 10		7
Total Orientation Stratégique n°4		15
Axe stratégique11 : Intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux	Objectif Spécifique 11: Assurer un financement adéquat et durable des soins et services de santé pour la CSU	
Résultats Attendus	Actions	Activités
RA 11.1 les ressources	11.1.1. Renforcement du processus de	11.1.1.1 Organiser des réunions de préparation du PAP avec les PTF

mobilisées sont alignées aux trois programmes budgétaires du secteur de la santé	préparation du budget programme	11.1.1.2 Organiser un plaidoyer de haut niveau en vue de l’alignement des interventions des PTF dans le budget programme
		11.1.1.3 Créer un compte de dépôt pour la CNAM et l’INAM
		11.1.1.4 Doter régulièrement la CNAM et l’INAM des ressources financières suffisantes
		11.1.1.45 Instaurer un paiement de cotisation adapté aux revenus des ménages
		11.1.1.46 Développer un mécanisme de recouvrement des cotisations efficace
Total Axe stratégique 11		6
Total Orientation Stratégique n°4		6

5. Cadre de mise en œuvre et de suivi-évaluation de la stratégie CSU

5.1. Cadre de mise en œuvre de la stratégie CSU

5.1.1. Mécanisme de pilotage de la stratégie

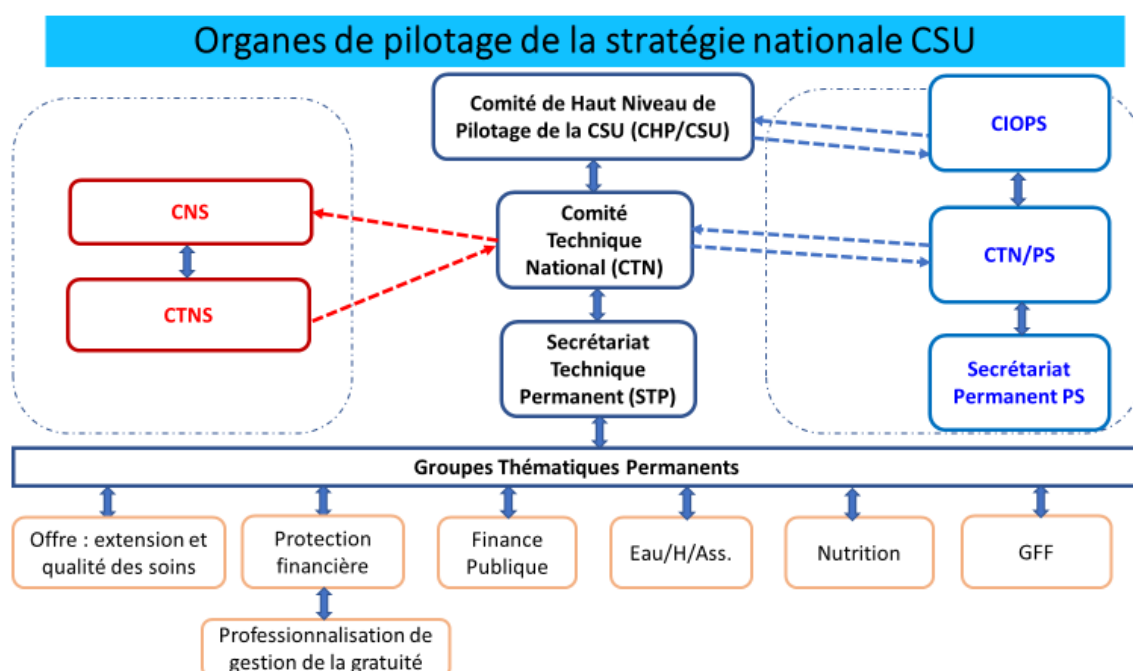
Le mécanisme de pilotage de la stratégie décrit les organes qui sont en charge de la mise en œuvre, l'évaluation de la stratégie CSU et le rôle des principaux acteurs.

5.1.1.1 Organes de pilotage et leurs rôles

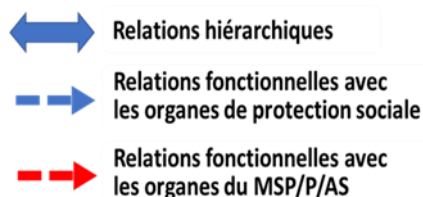
Au nombre de quatre (4) ces organes sont :

- i. Le Comité de Haut Niveau de Pilotage de la CSU (CHP/CSU) ;
- ii. Le Groupe Technique National de la CSU ;
- iii. Le Secrétariat Technique permanent ;
- iv. Des Groupes Thématiques Permanents.

Figure no 11 : Organes de pilotage de la stratégie au Niger



Légende :



Les rôles de ces différents organes sont ainsi déclinés :

- i. **Comité de Haut-Niveau de Pilotage de la CSU (CHP/CSU) :** il est la plus haute instance de pilotage et d'orientation de la stratégie. Placé sous la responsabilité du Premier Ministre, le CHP est composé des Ministres impliqués dans les questions de la CSU, des tout-premiers responsables des PTF multilatéraux et bilatéraux clés en matière de CSU et de protection sociale au Niger. A ce titre, le CHP/CSU fixe les grandes orientations en la matière, impulse l'implication de tous les acteurs et assure la mobilisation des ressources. En outre, il s'assure de la disponibilité des financements prévus, coordonne la planification des actions et veille à la bonne mise en œuvre de la stratégie. Par ailleurs, il apprécie les impacts à travers des évaluations et des rapports de suivi mis à sa disposition.
- ii. **Comité Technique de la CSU (CT/CSU) :** Le CTN/CSU est intersectoriel et présidé par le Secrétaire Général du Ministère en charge de la Santé Publique. Il est l'organe d'orientation technique, de coordination, de pilotage du processus de mise en œuvre de la CSU au Niger et de contrôle de l'exécution des programmes. A ce titre, il est responsable de la conduite et du suivi de la mise en œuvre de la présente stratégie CSU. Il reçoit du CHP/CSU des orientations et rend compte à celui-ci des résultats de ses

travaux et de ceux du secrétariat technique permanent. Le CTN/CSU pourra avoir des démembrements dans les régions du pays à l'effet de mener à bien sa mission.

- iii. **Secrétariat Technique Permanent** : Le Secrétariat Technique Permanent (STP) est l'organe opérationnel de mise en œuvre au quotidien de la stratégie. Il est dirigé par un cadre supérieur de l'administration avec rang de Directeur Général d'administration. Il met en œuvre toutes les orientations et directives du Comité Technique National de la CSU, prépare les réunions techniques et anime tous les groupes techniques mis en place. Le STP accompagne le processus de mise en place de l'Agence de régulation et des organismes de gestion de la CMU. En outre, il prépare tous les textes devant encadrer l'organisation et le fonctionnement de ses organismes gestionnaires. Il Coordonne les formations concernant la CSU, notamment au niveau périphérique. Il produit annuellement le rapport pays sur la CSU. Il évalue semestriellement l'état de mise en œuvre de la stratégie. Au niveau des DRSP, un répondant/point focal de la CSU sera désigné et coordonnera toutes les activités de la stratégie nationale de la CSU. Au niveau de chaque ECD, il est nommé un répondant/point focal de l'Unité Technique d'Appui chargé de suivre toutes les activités en lien avec la CSU, de veiller à sa bonne mise en œuvre et de contribuer à l'évaluation des activités menées dans le cadre de la CSU.
- iv. **Groupes Thématiques Permanents** : Les Groupes Thématiques Permanents sont composés de cadres de différents ministères sectoriels, des Représentants des PTF et des structures représentatives de la population/communauté. Ils sont chargés de mener les réflexions techniques. Les conclusions des travaux de ces groupes de travail permettent au Secrétariat Technique Permanent d'élaborer les documents d'orientation à soumettre au CTN/CSU puis au CHP/CSU ainsi que les différents projets de textes. **Les Partenaires Techniques et Financiers** qui ont également un rôle important à jouer dans la matérialisation de la stratégie de la CSU seront partie intégrante de ces groupes thématiques.

Une collaboration s'établira entre ces différents mécanismes de pilotage et ceux de la stratégie nationale de protection sociale. Des échanges réguliers devraient ainsi avoir lieu entre CTN/CSU et le Comité Technique National de la Protection Sociale (CTN/PS).

Ces échanges permettront au CTN/CSU d'harmoniser le volet protection sociale de la CSU avec l'ensemble de la stratégie nationale de la protection sociale.

5.1.2. Ministères sectoriels et leurs rôles dans le pilotage de la CSU

Plusieurs ministères sectoriels sont impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie. Certains sont porteurs de la stratégie (santé, protection sociale, finance), tandis que d'autres sont porteurs de déterminants de la santé. Les missions de ces différents ministères sont décrites ci-dessous, ainsi que les principales actions qu'ils auront à entreprendre pour une bonne mise en œuvre de la stratégie.

Tableau no 10 : Ministères porteurs de déterminants de la santé et leurs missions

Ministères	Missions	Actions
Ministère en charge des Finances	Garantir une disponibilité des ressources pour la mise en œuvre de la stratégie, et en assurer une gestion transparente	• Tutelle financière des organismes de gestion de la CMU • Mobilisation des ressources pour financement de la stratégie • Audits
Ministère en charge de la Santé Publique de la Population et des Affaires Sociales	Assurer une disponibilité des services de santé en quantité et qualité suffisante. Et promouvoir la dimension de la CSU portant sur l'extension des services	• Portage politique national et international de la stratégie • Développement de la dimension 2 de la CSU (offre de services) • Renforcement de la Recherche en santé • Participer en lien avec les autres ministères à la définition des critères de ciblage des indigents
Ministère en charge de l'Emploi du travail et de la protection sociale	Réguler le fonctionnement des organes gestionnaires de la CMU	• Assurer la tutelle technique de l'Agence Nationale de Protection Sociale (ANPS) • Créer un cadre juridique facilitant la régulation des organismes gestionnaires
Ministère en charge de la communication et technologie de l'information	Offrir des canaux de communication autour de la stratégie CSU et un cadre pour la mise en œuvre de solutions digitales	• Communication et plaidoyer autour de la stratégie • créer un cadre qui favorise l'intégration du digital dans l'opérationnalisation de la stratégie CSU
Ministère en charge de l'Agriculture	Mettre en œuvre des actions impactant positivement les déterminants de la santé, et particulièrement ceux se rapportant à la nutrition	• Amélioration des indicateurs de la nutrition • Mise en place de mécanisme favorisant une adhésion massive du secteur agricole à la CSU

Ministères	Missions	Actions
Ministère en charge de l'hydraulique	Mettre en œuvre des actions permettant d'impacter l'accès à l'eau et l'assainissement, comme un déterminant de la santé	• Amélioration de la couverture en eau • Promotion de l'assainissement
Ministère en charge de la décentralisation	Veiller à une implication des collectivités locales.	• Impliquer les collectivités locales dans la mobilisation sociale autour de la CSU, • Mettre en œuvre les critères d'identification des indigents et constitué une base de données des indigents

5.1.3. Facilitateurs et leurs rôles dans le pilotage de la CSU

Certaines institutions importantes bien que relevant des ministères, auront un rôle majeur à jouer dans la mise en œuvre de la stratégie de la CSU. Ces institutions seront donc impliquées dans le pilotage de la stratégie. Il s'agit :

1. **L'Observatoire Citoyen d'Accès aux Soins des Services de Santé (OCASS) :** cette institution aura pour mission la défense des droits des patients. En sus, elle exercera un contrôle citoyen en ce qui concerne la bonne gestion des différents organismes gestionnaires de la CSU ;
2. **L'Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) :** cette institution a pour mission d'assurer une disponibilité permanente des médicaments en quantité et en qualité dans les formations sanitaires. Par conséquent, elle a un rôle primordial dans le processus de production de soins de qualité d'une part, et d'autre part dans le respect de la tarification forfaitaire. En raison de sa place prépondérante, cette institution sera impliquée à toutes les étapes du processus de mise en place de la CSU ;
3. **Les organisations de professionnels de la santé (ordres, syndicats, associations, ...) :** une adhésion du personnel de la santé à la stratégie nationale de la CSU est une condition essentielle de sa mise en œuvre. Une forte relation sera établie avec les principales organisations des professionnels de la santé. La prise en compte des intérêts du personnel de santé se fera à chaque étape du processus de mise en œuvre de la stratégie nationale ;
4. **Les organisations professionnelles du secteur des assurances privées :** les compagnies d'assurance privées ainsi que les gestionnaires santé ont accumulé une expérience, dans la gestion du risque maladie. Cette expérience pourrait faciliter la mise en œuvre du volet protection financière de la CSU. En sus, les compagnies privées sont

appelées à continuer à offrir une assurance maladie complémentaire, à la couverture de base de la CSU. Une collaboration étroite sera donc établie avec ces organisations ;

5. **L'Agence Nigérienne de la Mutualité Sociale (ANMS) :** Cette institution régule le secteur de la mutualité sociale. Elle jouera un rôle dans l'harmonisation des mutuelles sociales avec la stratégie CSU. En outre elle régulera la gestion des complémentaires santé, que ces mutuelles seront appelées à mettre en place, une fois que le régime de base de la CSU sera fonctionnel.

5.1.4 Architecture de la Couverture Maladie Universelle

Dans le volet protection financière contre le risque maladie, la Couverture Maladie Universelle (CMU) est présentée comme l'approche à utiliser. La CMU est une offre de couverture de base du risque maladie. Elle repose sur deux (02) régimes : le Régime d'Assurance Maladie (RAM) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Dans l'architecture présentée ci-dessous une approche d'organe gestionnaire par régime est privilégiée.

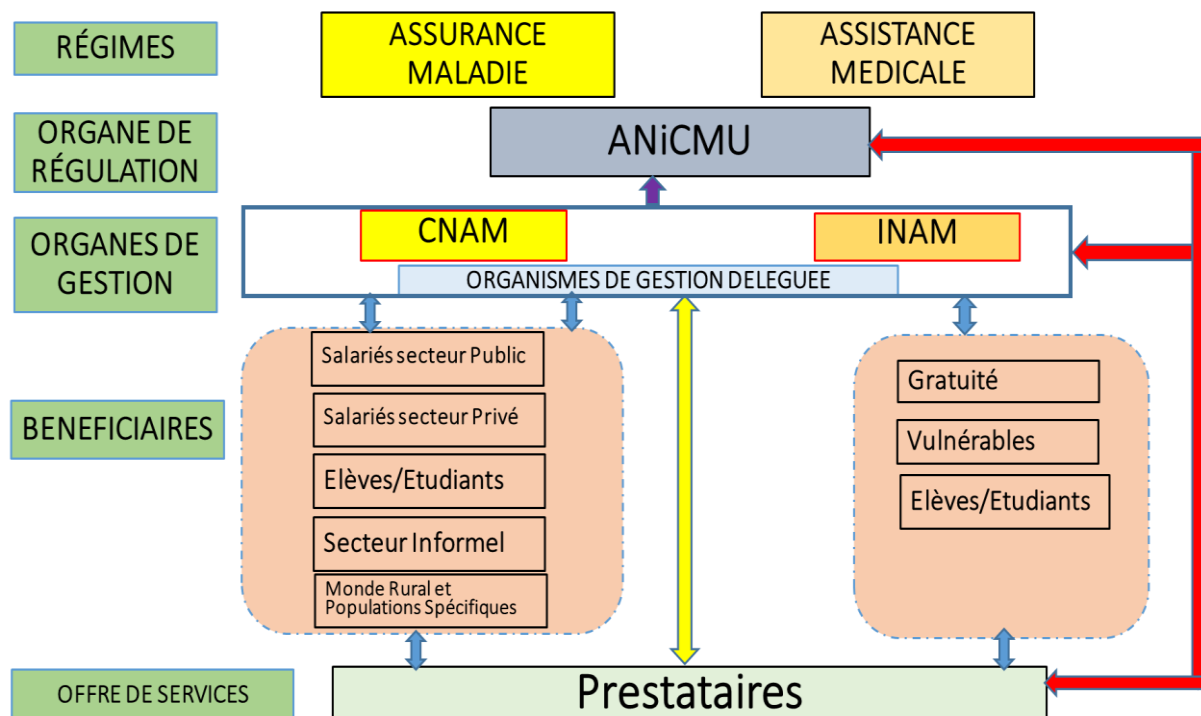
L'architecture est construite en cinq (05) niveaux : (i) les régimes, (ii) l'organe régulateur, (iii) les organes gestionnaires, (iv) les bénéficiaires et (v) l'offre de service (les prestataires de soins).

Dans ce schéma, il est attendu :

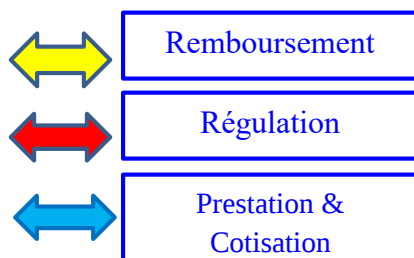
- i. **Les régimes :** il s'agit de la couverture de base contre le risque maladie. Elle est composée de l'assurance maladie et de l'assistance médicale. Ce sont ces deux régimes qui constituent la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou couverture maladie de base ;
- ii. **Le régulateur :** il s'agit essentiellement de l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU). Elle a un rôle de régulateur de tout le système de la CMU. Pour ce faire, elle régule l'activité des organismes de gestion et leur relation avec les prestataires de soins ;
- iii. **Les Organes de gestion :** ce sont des institutions auxquelles l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU) donne délégation de gestion des différents régimes de la CMU. Ces organes de gestion sont au nombre de deux (02) : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et l'Institut National d'Assistance Médicale (INAM). La première institution a en charge la gestion du régime d'Assurance Maladie tant pour le secteur public, le secteur privé, le secteur informel, les élèves/étudiants que pour le monde rural et les groupes spécifiques (Indépendants et Professions libérales). La seconde est chargée de gérer le régime d'assistance médicale (RAMED) ;
- iv. **Les Organismes de Gestion Déléguée :** Des Organismes de Gestion Déléguée peuvent être commis par les deux Organes de gestion que sont la CNAM et l'INAM ;

- v. **Les bénéficiaires** : il s'agit des groupes cibles des deux régimes composant la CMU. Pour l'Assistance Médicale, il s'agit essentiellement des bénéficiaires des gratuités, des populations vulnérables et des élèves et étudiants qui bénéficient d'exemptions de paiement pour les soins. Quant au régime d'assurance maladie, il s'intéressera aux secteurs formel et informel, au monde rural, aux groupes spécifiques et aux élèves et étudiants ne bénéficiant pas d'une exemption de paiement ;
- vi. Les prestataires de soins : ils sont liés par des contrats aux différents organismes de gestion. Une approche d'achat stratégique des soins est donc privilégiée. La relation entre les organismes de gestion et les prestataires de soins fait l'objet d'une régulation par l'Agence Nigérienne de la CMU.

Figure no 12 : Architecture de la CMU au Niger



Légende :



5.2. Cadre de suivi- évaluation de la stratégie CSU

5.2.1. Les indicateurs de suivi de la stratégie nationale de la CSU

Un cadre de suivi-évaluation bien élaboré est une base essentielle de la mesure des progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Le cadre de suivi-évaluation de la stratégie de la CSU a pour objectifs de :

- offrir un solide mécanisme de production des données de qualité permettant de mesurer les progrès du Niger vers la CSU ;
- faciliter un dialogue politique et une prise de décision basé sur des évidences ;
- partager une information fiable avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la stratégie CSU en vue d'un plus grand engagement de leur part ;
- garantir un cadre d'apprentissage continu en vue d'améliorer les performances, d'adapter les stratégies de mise en œuvre de la CSU sur la base d'éléments factuels.

Tableau no 11 : Indicateurs de la CSU

Objectif global		Indicateurs objectivement vérifiables	Source de vérification	Valeur baseline	Valeur cible 2030
L'état de santé de la population nigérienne est amélioré, à travers un accès à des services de santé de qualité en quantité suffisante, sans barrières financières	1	(Amélioration des indicateurs de santé) Esperance de vie à la naissance			
	2	(Couverture des services essentiels) Index de couverture de services essentiels (ODD Indicateur 3.8.1)		37 (2017)	
	3	(Protection financière) Incidence des dépenses catastrophiques de santé 10% et 25% des dépenses des ménages ou des revenus des ménages (ODD Indicateur 3.8.2)		6,6% (2011)	
Objectifs stratégiques					
Amélioration des déterminants de la santé	1	Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés			
	2	Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance			
	3	Consommation de tabac chez des personnes de 18 ans ou plus			
	4	Population utilisant un service d'eau potable			

Amélioration de l'offre de services de santé	1	Taux de couverture des services de santé (Population à <5 km formation sanitaire)			
	2	Personnel soignant par habitant (désagrégué médecin/ht, infirmier / hbt)			
	3	Disponibilité des capacités de diagnostic dans les formations sanitaires		38% (SARA 2019)	
	4	Taux de disponibilité des médicaments essentiels		31% (SARA 2019)	
Amélioration de la Protection Financière contre le risque maladie	1.	Pourcentage de la population couverte par un mécanisme de protection financière contre le risque maladie			
	2	Pourcentage des paiements directs par rapport aux dépenses nationales de santé			
	3	Proportion des besoins de santé de la population (nombre de services) couverts par le panier de soins de la CSU			
	4	Taux de remboursement des factures de la gratuité aux formations sanitaires			
Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU	1	Budget de la santé dans le budget de l'Etat			
	2	Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du PIB			
	3	Proportion des financements des partenaires au développement faisant l'objet d'un tracking dans le secteur de la santé			
	4	un mécanisme de mapping des ressources des PTF est fonctionnel et mis à jour annuellement			
Thématiques transversales					
Environnement réglementaire	1	Le cadre légal et les décrets de mise en œuvre de la stratégie CSU sont disponibles		0	

	2	Une loi instituant une couverture maladie obligatoire est adoptée		0	
Gouvernance/pilotage de la CSU	1	Organes de pilotage de la stratégie CSU sont mis en place et fonctionnel		0	
	2	Organismes gestionnaires des régimes de protection sociale sont mis en place et fonctionnels		0	
Plaidoyer/ Communication	1	Un mécanisme d'information des parties prenantes sur les progrès de la CSU est fonctionnel		0	
	2	Un cadre de collaboration avec les institutions académiques favorisant la recherche sur le CSU est fonctionnel		0	

5.2.2. Système d'information et mécanisme de collecte de l'information

Pour le système d'information, la stratégie CSU s'appuiera sur les systèmes existants, dont une réforme pourrait être encouragée, et suscitera la mise en place de nouveaux systèmes pour les aspects non couverts, comme celui de la protection financière. Le système d'information pour le suivi de la stratégie CSU, s'appuiera sur trois (3) piliers :

- i. **Le système national d'information sanitaire actuel, avec pour colonne vertébrale le DHIS2** : la CSU s'appuiera sur cet acquis pour collecter l'information nécessaire au monitoring des progrès vers la couverture sanitaire universelle. Il permettra de générer l'information de routine pour le suivi du volet relatif à la couverture des services. Si le DHIS2 permet d'alimenter en information la dimension couverture des services, il l'est dans une moindre mesure pour le volet protection financière.
- ii. **Le système d'information des organismes gestionnaires** : pour la dimension protection financière, il s'agira de s'appuyer sur les données collectées par les différents organismes gestionnaires de la CMU. L'organe régulateur de la CMU fera une agrégation de ces différentes données afin d'alimenter le cadre de suivi-évaluation de la stratégie de la CSU,
- iii. **Les études ponctuelles** : ces études seront réalisées en vue de collecter l'information nécessaire au monitoring, mais qui ne peut être obtenu à travers le DHIS 2 et le système d'information des organismes gestionnaires.

5.2.2.1. Mécanisme de reporting

Il est important que, **chaque année, un rapport annuel** soit établi sur la mise en œuvre de la CSU. Ce rapport annuel devra être élaboré par le Secrétariat Technique Permanent, validé par le CTN-CSU et approuvé par les instances de pilotage de la CSU. Ce rapport annuel fera le point sur les actions menées, les résultats obtenus, les difficultés rencontrées et les mesures prises pour les solutionner. Il sera rendu public afin que tous les acteurs concernés, notamment le Gouvernement, les PTF, la société civile, la presse et la population dans son ensemble, prennent connaissance de l'état d'avancement de la CSU au Niger. Le rapport annuel devra également être présenté par le CHP/CSU à l'**Assemblée Nationale**.

6. Budget

Tableau no 12 : Récapitulatif du coût de la stratégie CSU par orientation stratégique

Nbre Activités	Orientation Stratégique (OS)	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)										
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	MONTANT TOTAL (FCFA)
48	OS n°1 : Amélioration des déterminants de la santé	3.900.800	8.190.490.000	7.359.582.500	7.651.819.625	7.830.848.406	8.897.556.687	8.377.718.206	8.722.172.850	8.441.718.761	8.788.968.634	74.264.776.469
43	OS n°2 : Amélioration de l'offre de services de santé	21.565.927.735	74.266.217.516	82.516.940.115	88.927.930.698	65.834.275.160	65.587.824.530	62.938.185.231	59.520.862.513	59.764.856.414	61.446.870.769	642.369.890.681
19	O.S n°3 : Amélioration de la Protection Financière contre le risque maladie	121.251.940.000	131.465.184.960	145.096.540.297	156.149.916.882	174.841.875.818	171.229.877.950	182.072.104.330	193.607.769.095	205.859.500.732	218.840.674.588	1.700.415.384.650
15	O.S n°4 : Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU	0	150.000.000	0	0	0	185.000.000	0	0	0	150.000.000	485.000.000
125	TOTAL BUDGET PAR ANNEE	142.821.768.535	214.071.892.476	234.973.062.912	252.729.667.205	248.506.999.384	245.900.259.166	253.388.007.767	261.850.804.458	274.066.075.907	289.226.513.991	2.417.535.051.800

Tableau no 13 : Récapitulatif du coût de la stratégie CSU par axe stratégique

Nbre activités	Axe Stratégique	BUDGET PAR ANNEE (FCFA)										MONTANT TOTAL (FCFA)
		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
10	Axe stratégique n°1 : amélioration de l'état nutritionnel de la population	3.900.800	1.487.170.000	374.006.500	465.144.825	412.425.866	1.254.789.320	446.581.786	541.348.875	323.570.865	412.187.408	5.721.126.244
24	Axe stratégique n°2 : amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement	0	6.703.320.000	6.950.576.000	7.151.674.800	7.418.422.540	7.642.767.367	7.931.136.420	8.180.823.976	8.118.147.896	8.376.781.226	68.473.650.225
14	Axe stratégique n°3 : amélioration de la lutte contre la pollution	0	0	35.000.000	35.000.000	0	0	0	0	0	0	70.000.000
22	Axe stratégique n°4 : amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé	4.573.273.961	1.228.563.742	1.336.173.691	2.139.009.000	298.672.060	399.063.805	2.396.209.000	225.610.000	466.263.805	2.144.871.060	15.207.710.124

8	Axe stratégique n°5 : amélioration de l'accès aux soins et services de santé	0	56.005.000.000	62.370.000.000	64.090.000.000	58.595.000.000	58.245.000.000	53.595.000.000	52.345.000.000	52.345.000.000	52.345.000.000	509.935.000.000
13	Axe stratégique n°6 : amélioration des prestations de soins et services de santé	16.992.653.774	17.032.653.774	18.810.766.424	22.698.921.698	6.940.603.100	6.943.760.725	6.946.976.231	6.950.252.513	6.953.592.609	6.956.999.709	117.227.180.557
11	Axe stratégique7: définition d'un panier de soins (et/ou panier de services) adapté aux besoins et aux moyens nationaux	0	150.000.000	0	0	0	185.000.000	0	0	0	150.000.000	485.000.000
8	Axe stratégique8: fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.	45.000.000	56.050.000	16.852.200.000	16.169.280.000	23.191.760.000	16.325.340.000	16.396.320.000	16.478.400.000	16.550.880.000	16.632.960.000	138.698.190.000

125	TOTAL BUDGET PAR ANNEE	142.821.768.535	214.071.892.476	234.973.062.912	252.729.667.205	248.506.999.384	245.900.259.166	253.388.007.767	261.850.804.458	274.066.075.907	289.226.513.991	2.417.535.051.800
6	Axe stratégique11: Intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Axe stratégique n°10 : intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Axe stratégique 9: mise en œuvre progressive d'une couverture maladie universelle	121.206.940.000	131.409.134.960	128.244.340.297	139.980.636.882	151.650.115.818	154.904.537.950	165.675.784.330	177.129.369.095	189.308.620.732	202.207.714.588	1.561.717.194.650

7. Chronogramme des trois premières années de mise en œuvre de la feuille de route

Tableau no 14 : Chronogramme de la feuille de route

Thématiques	Période												Responsables	Participants
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
	2020				2021				2022					
1. Offre et qualité des services de santé (curatif, préventif et promotionnel)														
1.1. Extension de la couverture sanitaire														
1.1.1. Réviser la carte sanitaire et produire un plan d'extension réaliste de la couverture	X	X	X										DEP	DGSP, DGR, DIES, DOS, Secteur privé Santé, PTF
1.1.3. Réviser les normes sanitaires	X												DOS	DGSR, DEP, DSME, DNUT, DI, DHP/ES, Programmes, Secteur privé Santé, PTF
1.1.4. Elaborer un plan de mise aux normes des CSI existants notamment la disponibilité d'équipements essentiels, de source d'eau, d'électricité, ... ;									X	X			DEP	DGSP, DGR, DIES, DOS, PTF
1.1.5. Mettre en œuvre de manière régulière des paquets complets d'activités foraines et mobiles à prendre en compte dans l'appréciation de la couverture sanitaire											X	X	DGSP	DGSP, DGR, DIES, DOS, PTF

1.1.6. Mettre en œuvre le développement de la stratégie de la santé communautaire : former des relais communautaires polyvalents, actualiser la liste des pratiques familiales essentielles											X	X	DGSP	DGSR, DOS, DPS, DSME, DNUT, DI, DHP/ES, Programmes D. Collectivité, société civile, PTF
1.2. élaborer le plan de mise à niveau des plateaux techniques des hôpitaux respectant le minimum standard: infrastructures, équipements, approches d'amélioration de la qualité des soins												X	DGSP	DGSR, DOS, DIES, DGR, DRH, DSME, DHP/ES, PTF
1.3. élaborer le plan de développement et de déploiement des ressources humaines									X	X			DRH	DGR, DOS, DRFM, PTF
1.4. élaborer un plan d'amélioration de la disponibilité des produits de santé jusqu'au dernier kilomètre									X	X			DPH/MT	DLS, DOS, DSME, DNUT, programmes, PTF
1.5. définir le panier de soins, la nomenclature des actes/forfaits épisodes y compris le paquet complet d'activités					X								DGSP	DGSR, DGR, DOS, DSME, DRFM, DEP, DNUT, DI, programmes, PTF, Sté civile
2. Protection contre le Risque financier														
2.1. développer l'architecture de la CMU					X	X								
2.2. décrire les fonctions de l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (Régulation de la CMU),					X	X								
														DEP/MSP, DRFM/MSP, DOS/MSP, Min. Finance, Min. Intérieur, Sté Civile, PTF, MET/PS

2.3. réaliser l'étude actuarielle et le costing de la CMU					X	X							GTR	
2.4. Entamer le processus de mise en œuvre de l'Institut National d'Assistance Médicale du Niger (INAM)							X							
2.5. définir le mécanisme d'identification des bénéficiaires dont les personnes vulnérables							X	X					MSP/P/AS	
2.6. définir le mécanisme d'immatriculation des bénéficiaires dont les personnes vulnérables									X	X			MET/PS	DEP/MSP, DRFM/MSP, DOS/MSP, Min. Finance, Min. Intérieur, Sté Civile, PTF
3.1. Nutrition														
3.1.1. élaborer un plan de lutte contre la malnutrition	X	X	X										I3N	MIN. Agriculture et Elevage, DNUT/MSP, PTF
3.1.2. élaborer un plan d'enrichissement des aliments en micronutriments	X	X	X											
3.2. Eau														
3.2.1. élaborer un plan d'amélioration de la couverture en eau particulièrement des zones à risque épidémique des maladies liées à l'eau comme le choléra	X	X	X						X	X			Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement	DHP/ES-MSP, DPS-MSP, SPEEN, PTF

3.2.2. élaborer un plan pour la promotion de l'utilisation de l'eau potable	X	X	X						X	X				
3.3. Hygiène et Assainissement														
3.3.1. élaborer un plan de lutte contre le péril fécal et les maladies des mains sales par le développement de stratégies novatrices comme l'ATPC	X	X	X						X	X			Ministère de l'Hydraulique et de l'Assainissement	DHP/ES-MSP, DPS-MSP, Collectivités, PTF
3.3.2. Elaborer des mécanismes de gestion des déchets biomédicaux dans toutes les formations sanitaires	X	X	X						X	X			DHP/ES	
3.3.3. élaborer un plan de gestion des déchets solides et liquides y compris en milieu de soins	X	X	X						X	X			DHP/ES	
4. Les actions transversales														
4.1. Réviser les textes réglementaires régissant la composition, l'organisation et le fonctionnement du Groupe National de Travail de la CSU (GTN /CSU)								X					MSP/P/AS/Primature	Tous ministères sectoriels, société civile, PTF
4.2. Créer le Secrétariat Technique Permanent Multisectoriel (STPM) permettant de coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale CSU (GTN, CNS)											X	X	MSP/P/AS	Tous ministères sectoriels, société civile, PTF
4.3. Accélérer l'adoption de la loi et décret d'application de la CMU									X	X			MSP/P/AS	

4.4. Mettre en place et rendre fonctionnelle l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU)											X	X	MSP/P/AS	DEP/MSP, DGR/MSP, Mini FINANCE, PTF, Patronat, Syndicats
4.5. Mobiliser les ressources financières pour la CSU									X	X			Mini Plan	DGR, DEP ; PTF, Mini Finance
4.6. Accélérer la déconcentration de l'ordonnancement									X	X	X	X	Mini Finance	DEP, DGR, PTF
4.7 Elaborer la Stratégie de Communication CSU							X						DEP/MSP	
4.8 Elaborer un plan d'action Pluriannuel de mise en œuvre de la stratégie de la communication CSU										X			DEP/MSP	
4.9 Adopter les documents de stratégie de la Communication CSU											X	X	DEP/MSP	

ANNEXES

Annexe 1 : Plan d'actions pluriannuel budgétisé

Orientation Stratégique n°1 : Amélioration des déterminants de la santé													
Axe stratégique 1: Amélioration de l'état nutritionnel de la population	Objectif Spécifique : Mobiliser l'ensemble des secteurs et des acteurs nécessaires à la lutte contre la malnutrition.		Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 1.1. L'ensemble des secteurs et des acteurs nécessaires à la lutte contre la malnutrition est mobilisé.	1.1.1. Organisation d'un plaidoyer à l'endroit des acteurs de la nutrition (pouvoir public, la communauté les leaders d'opinions (LO)	1.1.1.1 Tenir une table ronde de mobilisation des ressources.	3900800	0	0	0	3900800	0	0	0	0	0	7801600
		1.1.1.2 Rencontrer les LO.	0	3000000000	0	0	0	0	0	0	0	0	3000000000
		1.1.1.3 Amener le pouvoir public à enclencher le processus de mise en exécution du programme national de sécurité nutritionnelle.	0	1500000	0	0	0	0	0	0	0	0	1500000

		1.1.1.4 Sensibiliser la population sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif	0			83790000		87979500		92378475		96997398.75		101847268.7		106939632.1		112286613.7		117900944.4		123795991.6		923915824.3
	1.1.2. Encadrement des producteurs et des consommateurs sur la qualité des aliments.	1.1.2.1. Promouvoir la culture et la consommation des aliments locaux riches.				117240000		123102000		129257100		135719955		142505952.8		149631250.4		157112812.9						954569071
		1.1.2.2. Sensibiliser la population sur la valeur nutritive des produits locaux (les légumineuses, les fruits....)				0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
		1.1.2.3. Doter les producteurs en semences et engrais.				37240000		37240000		37240000		37240000		37240000		37240000		37240000		37240000		37240000		335160000
		1.1.2.4. Former les producteurs sur la culture des aliments locaux.				119700000		125685000		131969250		138567712.5		145496098.1		152770903		160409448.2		168429920.6		176851416.6		1319879749

RA 1.2 la coordination multisectorielle des interventions en matière de nutrition est effective.	1.2.1. Coordination et redevabilité des secteurs et des acteurs.	1.2.1.1. Mettre en place des comités de coordination.	0	753400000	0	0	0	753400000	0	0	0	0	1506800000
		1.2.1.2 Tenir des réunions périodiques d'échanges.	0	74300000	0	74300000	0	74300000	0	74300000	0	74300000	371500000
Total Axe stratégique 1		10	3900800	1487170000	374006500	465144825	412425866.3	1254789320	446581785.5	541348874.8	323570865	412187408.3	5721126244

Axe stratégique 2: Amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement		Objectif Spécifique 2: Assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement à un coût abordable			Budget par année								Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
R A2.1. Les ouvrages de développement des services pour les ménages, les établissements scolaires et les formations sanitaires sont disponibles.	2.1.1. Réalisation des ouvrages pour le développement des services pour les ménages, les établissements scolaires et les formations sanitaires	2.1.1.1. Promouvoir les branchements d'eau potable promotionnels dans les ménages		266000000	279300000	293265000	307928250	323324662.5	339490895.6	356465440.4	374288712.4	393003148	2933066109
		2.1.1.2. Construire des blocs de latrines au niveau des établissements scolaires y compris aux personnes à mobilité réduite		798000000	837900000	879795000	923784750	969973987.5	1018472687	1069396321	1122866137	1179009444	8799198327
		2.1.1.3. Doter les établissements scolaires en Dispositifs de Lavage des Mains (DLM) y compris aux personnes à mobilité réduite		1330000000	1396500000	1466325000	1539641250	161662331.3	169745447.8	178232720.2	187144356.2	196501574	1466533055
		2.1.1.4. Approvisionner les formations sanitaires en eau potable y compris aux personnes à mobilité réduite		1500000000	1575000000	1653750000	1736437500	1823259375	1914422344	2010143461	2110650634	2216183166	16539846479
		2.1.1.5. Construire de bruleurs au niveau des CSI et CS.		200000000	210000000	220500000	231525000	243101250	255256312.5	268019128.1	281420084.5	295491088.8	2205312864

		2.1.1.6. Clôturer les formations sanitaires publiques			500000000	525000000	551250000	578812500	607753125	638140781.3	670047820.3	703550211.3	738727721.9	5513282160
		2.1.1.7. Sensibiliser la communauté sur l'utilisation et l'entretien des ouvrages mis à leur disposition.			10640000	11172000	11198600	11731930	11785196	12321189	12401255	12941252	13048318	1072397436
		2.1.1.8. Doter les HD, CHR CSME et HN en incinérateurs modernes.			3750000000	3750000000	3750000000	3750000000	3750000000	3750000000	3750000000	0	0	2625000000
	2.1.2. Régulation efficace des services de l'hydraulique villageoise	2.1.2.1. Créer des ouvrages d'adduction en eau potable multi-villages	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.2.2. Assurer la gestion des ouvrages d'adduction en eau potable par des promoteurs locaux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.2.3. Assurer le suivi régulier par les services comptants des activités de distribution en eau potable.			11172000	11730600	12317130	12932986	13579635	14258617	14971548	15720125	16506132	1231887766
		2.1.2.4. Sensibiliser les communautés réceptives sur l'utilisation et l'entretien des ouvrages.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	2.1.3. Généralisation de la mise en œuvre de l'approche « Assainissement Total Pilote par la Communauté » (ATPC) ;	2.1.3.1. Identifier les villages/communes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.3.2. Déclencher la mise en œuvre institutionnelle/opérationnelle (communes/ villages)		1064000000	1117200000	1119860000	1173193000	1178519650	1232118983	1240125599	1294125262	1304831862	10723974356
		2.1.3.3. Mettre en œuvre au niveau des villages les différentes activités de l'approche.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.3.4. Suivre les activités dans les villages.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.3.5. Evaluer les activités au village/communes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.3.6. Certifier les villages FDAL (Fin de défécation à l'air libre).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		2.1.3.7. Suivre les villages pour certifier pour la pérennisation des acquis.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2.1.4. Construction de systèmes d'hygiène et d'assainissement dans les	2.1.4.1. Réhabiliter les blocs de latrines vétustes au niveau des établissements scolaires tout en les adaptant aux besoins des personnes à mobilité réduite.		266000000	279300000	293265000	307928250	323324662.5	339490895.6	356465440.4	374288712.4	374288712.4	2914351673

[illegible]

R.A 3.3. Les risques liés à la pollution de l'air, des sols et de l'eau sont réduits.	3.3.1. Réalisation un état des lieux de la pollution de l'air intérieur.	3.3.1.1. Organiser une enquête dans les ménages, les lieux publics sur les nuisances causées par la pollution de l'air intérieur. (formations sanitaires, établissements scolaires, entreprises...)		0	400000000	0	0	0	0	0	0	0	0	400000000
		3.3.1.2. Cartographier les maladies susceptibles d'être engendrées par les pollutions.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		3.3.1.3. Diffuser le rapport de l'enquête.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.3.2. Adoption d'une stratégie de lutte contre la pollution de l'air intérieur.	3.3.2.1. Elaborer une stratégie nationale de lutte contre la pollution de l'air intérieur.	0	0	0	350000000	0	0	0	0	0	0	0	350000000
		3.3.2.2. Vulgariser les lois de la République relative à la stratégie nationale de lutte contre la pollution de l'air intérieur (loi antitabac, les drogue....).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		3.3.2.3. Mettre en application les lois de la République relative à la pollution de l'air intérieur.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.3.3. Réalisation d'une étude sur la pollution à l'extérieur	3.3.3.1. Organiser une enquête sur l'ensemble du territoire national sur les nuisances causées par la pollution à l'extérieur (déchets plastiques, ordures ménagères les produits phytosanitaire ...)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		3.3.3.2. Diffuser le rapport de l'enquête.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		3.3.3.3. Mettre en application les textes réglementaires sur les déchets pastiques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.3.4. Adoption de la stratégie santé et environnement	3.3.4.1. Vulgariser la stratégie santé et environnement.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		3.3.4.2. Mettre en application les lois relatives à la santé et l'environnement.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.3.5. Elaboration et mise en œuvre des schémas directeurs d'assainissement collectif.	3.3.5.1. Mener des études pour l'élaboration des schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau de chaque commune.	0	0	35000000	0	0	0	0	0	0	0	35000000
		3.3.5.2. Concevoir les schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau de chaque commune	0										0
		3.3.5.3. Mettre en œuvre les schémas directeurs d'assainissement collectif au niveau des communes.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Axe stratégique 3		14	0	0	35000000	35000000	0	0	0	0	0	0	70000000
Total Orientation Stratégique n°1		48	3900800	8190490000	7359582500	7651819625	7830848406	8897556687	8377718206	8722172850	8441718761	8788968634	74264776469

Orientation Stratégique n°2 : Amélioration de l'offre de services de santé													
Axe stratégique 4: amélioration de la gouvernance et du leadership du secteur de la santé		Objectif Spécifique 4: Améliorer la gouvernance et le leadership du secteur de la santé	Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 4.1 : les structures sanitaires sont dotées en personnels conforméme nt aux besoins identifiés.	4.1.1. maitrise de l'effectif des structures sanitaires	4.1.1.1 Nommer les responsables de la gestion des ressources humaines au niveau des Districts Sanitaires.											0
		4.1.1.2 Renforcer les capacités des responsables de la gestion des ressources humaines au niveau des Districts Sanitaires.			67200000	0	67200000	0	67200000	0	67200000	0	268800000
		4.1.1.3 Réaliser le suivi de carrière des agents à tous les niveaux											0
		4.1.1.4 Finaliser et valider les fiches de poste à tous les niveaux											0
	4.1.2. recrutement des agents	4.1.2.1. exprimer les besoins du recrutement											0
	4.1.3. répartition des agents selon les besoins	4.1.3.1. Affecter les agents selon les normes.											0
		4.1.3.2. élaborer le plan de développement et de déploiement des ressources humaines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	4.1.4. Mise en place des mesures motivationnelle s pour les agents méritants.	4.1.4.1. Evaluer le travail des agents conformément à la réglementation											0
		4.1.4.2. Récompenser les meilleurs agents avec des témoignages de satisfaction et autres.											0

RA 4.2 Le transfert des compétences et des ressources vers les collectivités est effectif.	4.2.1. Mise en place des ressources vers les collectivités	4.2.1.1. Affecter toutes les ressources vers les collectivités ;											0
		4.2.1.2 Redéployer les agents vers les structures sanitaires des collectivités de rattachement.											0
RA 4.3. les réunions de coordination et de planification sont régulièrement tenues.	4.3.1. Coordination des planifications	4.3.1.1. Impliquer les responsables sanitaires dans l'élaboration des PDC ;											0
		4.3.1.2. Elaborer les PAA des DS en conformité aux PDC ;											0
RA 4.4. les Organes de la participation communautaire sont bien fonctionnels.	4.4.1. Coordination des Organes de la Participation Communautaire (OPC).	4.4.1.1. Renouveler les OPC à tous les niveaux conformément au document de la stratégie nationale de participation communautaire ;			173453805	0	0	173453805	0	0	173453805	0	520361415
		4.4.1.2. Former les OPC ;		0	0	1913399000	0	0	1913399000	0	0	1913399000	5740197000
		4.4.1.3. Impliquer pleinement les OPC dans la gestion des ressources des formations sanitaires ;		0	0	0	5862060	0	0	0	0	5862060	11724120

RA 4.5. Dialogue politique sectoriel instauré.	4.5.1. Installation d'un dialogue politique réunion sectorielle.	4.5.1.1. Organiser les ETATS GENERAUX de la santé ;		0	100000000	0	0	0	0	0	0	0	100000000
RA 4.6. Les recommandations des IGS sont mise en œuvre par les différents niveaux.	4.6.1. renforcement des missions d'inspection	4.6.1.1. Intensifier les missions d'inspection et de contrôle des structures sanitaires à tous les niveaux ;		11200000	11200000	11200000	11200000	11200000	11200000	11200000	11200000	11200000	100800000
		4.6.1.2. Renforcer l'IGS en ressources matérielles et humaines qualifiées.		61860000	61860000	61860000	61860000	61860000	61860000	61860000	61860000	61860000	556740000
RA 4.7. Les produits de santé de qualité sont disponibles.	4.7.1. Amélioration de la disponibilité des produits de santé de qualité ;	4.7.1.1. Dynamiser le système d'approvisionnement des produits de santé de qualité ;	4269835761	807803742	769909886	0	0	0	0	0	0	0	5847549389
		4.7.1.2. Lutter contre le trafic des médicaments illicites ;	283438200	8700000	8550000	8550000	8550000	8550000	8550000	8550000	8550000	8550000	360538200
		4.7.1.3. Renforcer les capacités financières, matérielles, humaines de l'ONPPC ;	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

RA 4.9 la mise en œuvre des réformes et le partenariat sont effective.	4.9.1 Développement de la Couverture Sanitaire Universelle	4.9.1.1 Réviser les textes réglementaires régissant la composition, l'organisation et le fonctionnement du Groupe National de Travail de pilotage de la CSU (GTN /CSU)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		4.9.1.2 Créer le Secrétariat Technique Permanent Multisectoriel (STPM) permettant de coordonner la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale CSU (GTN, CNS)	0	74000000	34000000	34000000	34000000	34000000	74000000	34000000	34000000	34000000	386000000
		4.9.1.3. Accélérer l'adoption de la loi et décret d'application de la CMU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		4.9.1.4. Mettre en place et rendre fonctionnelle l'Agence Nigérienne de la Couverture Maladie Universelle (ANiCMU)	0	260000000	110000000	110000000	110000000	110000000	260000000	110000000	110000000	110000000	1290000000
		4.9.1.5. Mobiliser les ressources financières pour la CSU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		4.9.1.6. Accélérer la déconcentration de l'ordonnancement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		4.9.1.7 Elaborer la Stratégie de Communication CSU	20000000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20000000

		4.9.1.8. Elaborer un plan d'action Pluriannuel de mise en œuvre de la stratégie de la communication CSU	0	5000000	0	0	0	0	0	0	0	0	5000000
Total Axe stratégique 4		22	4573273961	1228563742	1336173691	2139009000	298672060	399063805	2396209000	225610000	466263805	2144871060	15207710124
Axe stratégique 5: Amélioration de l'accès aux soins et services de santé		Objectif Spécifique 5: Améliorer l'accès aux services et soins de santé.	Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 5.1. la population accède aux services de santé	5.1.1. Transformation des cases de santé en CSI et construction de nouvelles formations sanitaires conformément au pré-plan de couverture des districts.	5.1.1.1. Construire et équiper 1150 CSI,		46005000000	52345000000	52345000000	52345000000	52345000000	52345000000	52345000000	52345000000	52345000000	464765000000
		5.1.1.2. Construire et équiper 33 HD dans les 5 ans,		87500000000	100000000000	100000000000	62500000000	50000000000	12500000000	0	0	0	412500000000

		5.1.1.3. Construire et équiper 1 CHR à Zinder		1250000000	0	0	0	0	0	0	0	0	1250000000
	5.1.2. Renforcement des équipements des formations sanitaires	5.1.2.1. Equiper les formations sanitaires selon les normes.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5.1.3. Amélioration de la gestion des déchets issus des soins de santé (GDISS).	5.1.3.1. Doter 33 nouveaux HD et tous les CHR d'incinérateurs modernes.		0	0	945000000	0	900000000	0	0	0	0	1845000000
	5.1.4. Réhabilitation des services de radiologie médicale (numérique) dans tous les CHR	5.1.4.1. Réhabiliter les services de radiologie médicale (numérique) dans tous les CHR.		0	0	800000000	0	0	0	0	0	0	800000000
	5.1.5. Révision de la stratégie de maintenance préventive et curative des matériels et équipements sanitaires.	5.1.5.1. Réviser la stratégie nationale de maintenance des équipements sanitaires.		0	25000000	0	0	0	0	0	0	0	25000000

	5.1.6. Accélération de la mise en œuvre de la stratégie de maintenance préventive et curative des matériels et équipements sanitaires.	5.1.6.1. Disposer d'un plan de maintenance préventive des équipements sanitaires au niveau de toutes les régions.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Axe stratégique 5		8	0	56005000000	62370000000	64090000000	58595000000	58245000000	53595000000	52345000000	52345000000	52345000000	509935000000

Axe stratégique 6: Amélioration des prestations de soins et services de santé		Objectif Spécifique 6: Améliorer les prestations de soins et services de santé	Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 6.1. les prestations de soins et services de santé sont améliorés	6.1.1. Intensification de l'approche PCIME	6.1.1.1. Renforcer les capacités des agents à tous les niveaux ;	5913157912	5913157912	5913157912	7884210549	9000000	11000000	13000000	15000000	17000000	19000000	25707684285
		6.1.1.2. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) en matière de la PCIME.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6.1.2. Renforcement de l'approche SONU	6.1.2.1. Renforcer les capacités des agents à tous les niveaux ;		20000000	21000000.05	22050000.05	23152500.05	24310125.05	25525631.3	26801912.86	28142008.5	29549108.88	220531286.7
		6.1.2.2. Doter tous les sites SONU en matériels adéquats (ventouses, coin de réanimation du nouveau- né, aspirateurs, concentrateurs d'oxygène, consommables etc.)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		6.1.2.3. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC) en matière de la SR.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	6.1.3. mise en place de dispositifs de certification et d'accréditation des structures sanitaires	6.1.3.1. Mettre en place des référentiels d'accréditation et de certification ;		0	35000000	0	0	0	0	0	0	0	35000000
		6.1.3.2. Former les membres des ECD et les staffs des structures de référence sur les enjeux de la certification et de l'accréditation.		0	20000000	0	0	0	0	0	0	0	20000000
	6.1.4. Mise en place des dispositifs de suivi après la riposte aux urgences et aux épidémies.	6.1.4.1. Rechercher les éventuels cas suspects au niveau communautaire;		20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	180000000
		6.1.4.2. Intensifier la Communication pour le Changement Social et Comportemental (CCSC)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6.1.5. Développement du traitement à travers les nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).	6.1.5.1. Mettre en place le matériel de Télémédecine ;		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		6.1.5.2. Renforcer les capacités des agents ;		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6.1.6. Délégation des tâches dans le cadre de la prestation des soins.	6.1.6.1. Poursuivre la formation des cadres paramédicaux dans l'exécution de certaines tâches (VIH/SIDA, PCIME Communautaire etc.) ;	5913157912	5913157912	5913157912	7884210549	0	0	0	0	0	0	25623684285

Total Axe stratégique 6	13	6.1.6.2. Rendre disponible les intrants.	5166337950	5166337950	6888450600	6888450600	6888450600	6888450600	6888450600	6888450600	6888450600	6888450600	65440280700
			16992653774	17032653774	18810766424	22698921698	6940603100	6943760725	6946976231	6950252513	6953592609	6956999709	117227180557

Axe stratégique 7: définition d'un panier de soins (et/ou panier de services) adapté aux besoins et aux moyens nationaux		Objectif Spécifique 7: Déterminer les prestations de soins et services éligibles aux principes de financement de la CSU	Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 7.1. Les prestations de soins et services sont déterminés	7.1.1. Détermination du panier de soins et de services	7.1.1.1 Finaliser l'étude sur les PMA et PCA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		7.1.1.2 Vulgariser les résultats de l'étude à tous les niveaux		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		7.1.1.1 Réaliser une étude sur le panier de soins de l'Institut National de d'Assistance Médicale (INAM)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	7.1.2. Adaptation du panier de soins et de services aux besoins	7.1.2.1 Impliquer les communautés dans l'identification des besoins		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		7.1.2.2 Prioriser les prestations en fonction des besoins		0									0
RA 7.2. Les tarifications y afférentes sont fixées	7.2.1. Détermination des critères de tarification	7.2.1.1 Réaliser une étude actuarielle portant sur la tarification		0	0	0	0	35000000	0	0	0	0	35000000
		7.2.1.2 Elaborer un document de tarification nationale de référence		150000000	0	0	0	150000000	0	0	0	150000000	450000000
	7.2.2. Adaptation du panier de soins et de services aux moyens nationaux	7.2.2.1 Prioriser les prestations en fonction de moyens financiers de la CNAMU et de l'INAM		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Total Axe stratégique 7		8	0	150000000	0	0	0	0	185000000	0	0	0	150000000	485000000
Total Orientation Stratégique n°2		43	21565927735	74266217516	82516940115	88927930698	65834275160	65587824530	62938185231	59520862513	59764856414	61446870769	642369890681	
Orientation Stratégique n°3														
Axe stratégique8: fonctionnement optimal de la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.		Objectif Spécifique8: Professionnaliser la politique d'exemption de paiement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.	Budget par année											Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
RA 8.1.. le dispositif actuel de la gratuite de soins est refondu	8.1.1 Création de l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins	8.1.1.1 Créer l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins		100000	0	0	0	0	0	0	0	0		100000
		8..1.1.2 Opérationnaliser l'organisme de gestion de la politique d'exemption de paiement des soins	0	0	1680520000	1614248000	2316976000	1629704000	1637432000	1645160000	1652888000	1660616000		13837544000

		8.1.1.3 Former les acteurs au métier de tiers payant	45000000	45000000	45000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	20000000	275000000
RA 8.2 le système de gestion et d'émission des factures de la gratuite de soins est amélioré	8.2.1 Harmonisation du système de gestion de la gratuite de soins	8.2.1.1 Doter l'INAM d'un statut d'EPA jouissant de l'autonomie de gestion administrative, technique et financière		1500000	0	0	0	0	0	0	0	0	1500000
		8.2.2 Création d'un système de vérification et de validation des factures de la gratuite de soins		2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	2000000	18000000
		8.2.1.3 Doter l'INAM de l'organisation et des outils nécessaires au reporting, audit interne, contrôle de gestion et suivi-évaluation du nouveau dispositif		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		8.2.1.3 Doter l'INAM de l'organisation et des outils nécessaires au reporting, audit interne, contrôle de gestion et suivi-évaluation du nouveau dispositif		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RA 8.3 le paiement régulier des factures de	8.3.1. Mobilisation des ressources suffisantes pour	8.3.1.1 Doter l'INAM d'un manuel de procédures « Métier » de gestion du risque et en former ses cadres		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

la gratuite de soins est assuré	le paiement des factures de la gratuité des soins (Etat PTF)	8.3.1.2 Mettre en place un mécanisme de conventionnement des formations sanitaires		5050000	0	4800000	0	4800000	0	4800000	0	4800000	24250000
		8.3.1.3 Mettre en place un mécanisme de contrôle médical des prestations médicales fournies par les formations sanitaires et de lutte contre la fraude et les abus de prescription et de consommation médicales non requises		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		8.3.1.4 Mettre en œuvre un mécanisme de rémunération des prestataires de soins intégrant la promotion de la qualité des soins et la motivation du personnel soignant		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		8.3.1.5 organiser un plaidoyer (séminaire gouvernemental, parlementaire, table ronde des PTF) pour un financement pérenne		1500000	0	0	0	1500000	0	0	0	0	
		8.3.1.6 doter l'INAM d'un compte de dépôt « subvention de l'Etat » et un compte de dépôt « fonds extérieurs », intégrés au dispositif « compte unique du trésor ».		0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Axe stratégique 8			45000000	56050000	16852200000	16169280000	23191760000	16325340000	16396320000	16478400000	16550880000	16632960000	138695190000
11													

Axe stratégique 9: mise en œuvre progressive d'une couverture maladie universelle		. Objectif Spécifique 9: Mettre en place un dispositif d'AMU	Budget par année										Coût total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 9.1 un dispositif juridique et institutionnel de l'AMU est mis en place	9.1.1 Elaboration et adoption des textes portant sur les régimes d'assistance et d'assurance maladie universelle	9.1.1.1 Elaborer et adopter la loi sur les régimes d'assistance médicale et d'assurance maladie											0
		9.1.1.2 Elaborer et adopter des textes de l'organisme gestionnaire de l'AMU		5000000									5000000
		9.1.1.3 Créer l'organisme gestionnaire de l'AMU	121174940000	131353634960	128227340297	139963636882	151633115818	154887537950	165658784330	177112369095	189291620732	202190714588	1561493694650
		9.1.1.4 Mettre en place la commission permanente paritaire		1500000									1500000
RA 9.2 La protection financière des bénéficiaires est assurée	9.2.1 Mise en place de l'AMU	9.2.1.1 Créer l'INAM et ensuite la CNAM et assurer l'opérationnalisation de leur fonctionnement en bonnes complémentarité et synergie, conformément à la feuille de route de mise en œuvre de la CMU											0

		9.2.1.2 Développer la création et la professionnalisation des mutuelles de santé professionnelles		7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	7000000	63000000
		9..2.1.3 développer la création et la professionnalisation des mutuelles de santé communales, départementales et régionales		10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	10000000	90000000	
		9.2.1.4 Identifier les groupes vulnérables (indigents, personnes âgées, handicapés) devant bénéficier de la gratuité des soins de santé	32000000	32000000	0	0	0	0	0	0	0	0	64000000	
Total Axe stratégique 9		8	121206940000	131409134960	128244340297	139980636882	151650115818	154904537950	165675784330	177129369095	189308620732	202207714588	1561717194650	
Total Orientation Stratégique n°3		19	121251940000	131465184960	145096540297	156149916882	174841875818	171229877950	182072104330	193607769095	205859500732	218840674588	1700415384650	

Orientation Stratégique n°4 : Rationalisation du système de financement de la santé pour la CSU														
Axe stratégique10: Mutation d'un achat passif à un achat stratégique des soins et services de santé		Objectif Spécifique 10: Rationaliser le système de financement de la santé pour la CSU	Budget par année										Coût total	
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030		
RA 10.1 les ressources mobilisées sont alignées aux trois programmes budgétaires du secteur de la santé	10.1.1. Renforcement du processus de préparation du budget programme	10.1.1.1 Cartographier les ressources externes	0										0	
		10.1.1.2 Organiser des réunions de préparation du PAP avec les PTF											0	
		10.1.1.3 Organiser un plaidoyer de haut niveau en vue de l'alignement des interventions des PTF dans le budget programme											0	
RA10.2 l'accès financier aux soins et services de santé est amélioré	10.2.1. Sécurisation le compte de dépôt dédiée à la CNAM et à l'INAM	10.2.1.1 Créer un compte de dépôt pour la CNAM-et l'INAM											0	
		10.2.1.2 Doter régulièrement la CNAM et l'INAM des ressources financières suffisantes											0	
	10.2.2. Détermination d'un mode de paiement équitable et pérenne pour les ménages	10.2.2.1 Instaurer un paiement de cotisation adapté aux revenus des ménages											0	
		10.2.2.2 Développer un mécanisme de recouvrement des cotisations efficace											0	
Total Axe stratégique 10		7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Orientation Stratégique n°4		15	0	150000000	0	0	0	0	185000000	0	0	0	150000000	485000000

Axe stratégique11: Intégration accrue et optimale des financements et autres interventions des partenaires dans les circuits nationaux			Objectif Spécifique 11: Assurer un financement adéquat et durable des soins et services de santé pour la CSU		Budget par année								Cout Total
Résultats Attendus	Actions	Activités	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
RA 11.1 les ressources mobilisées sont alignées aux trois programmes budgétaires du secteur de la santé	11.1.1. Renforcement du processus de préparation du budget programme	11.1.1.1 Organiser des réunions de préparation du PAP avec les PTF											
		11.1.1.2 Organiser un plaidoyer de haut niveau en vue de l'alignement des interventions des PTF dans le budget programme											
		11.1.1.3 Créer un compte de dépôt pour la CNAM et l'INAM											
		11.1.1.4 Doter régulièrement la CNAM et l'INAM des ressources financières suffisantes											
		11.1.1.45 Instaurer un paiement de cotisation adapté aux revenus des ménages											
		11.1.1.46 Développer un mécanisme de recouvrement des cotisations efficace											
Total Axe stratégique 11		6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Orientation Stratégique n°4		6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL BUDGET PAR ANNEE			142821768535	214071892476	234973062912	252729667205	248506999384	245900259166	253388007767	261850804458	274066075907	289226513991	2417535051800