



Bureau
international
du Travail



Vers la mise en œuvre d'un socle national de protection sociale au Niger

LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ

- [BP-OIT/Abidjan](#)
- [ETD-BP-OIT/Dakar](#)
- [Département de la Protection sociale / Genève](#)
Service Finance publique, Actuariat et Statistiques

Vers la mise en œuvre d'un socle
national de protection sociale au Niger

LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ

C O P Y R I G H T

Copyright © Organisation internationale du Travail 2016
Première édition 2016

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole no 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: rights@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Département SOC/PFACTS
Service Finance publique, Actuariat et Statistiques

Données de catalogage avant publication du BIT

Vers la mise en oeuvre d'un socle national de protection sociale au Niger : la couverture universelle de santé / Bureau international du Travail, Département de la Protection sociale, Service Finance publique, Actuariat et Statistiques ; Equipe d'appui technique de l'OIT au travail décent pour l'Afrique occidentale et bureau de pays de l'OIT pour le Sénégal, le Bénin, le Burkina Faso, le Cabo Verde, la Côte d'Ivoire, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Togo. - Dakar: OIT, 2016

ISBN: **9789222310562**; **9789222310579** (web pdf)

International Labour Office Social Protection Dept.; ILO DWT for West Africa and ILO Country Office for Senegal, Benin, Burkina Faso, Cape Verde, Côte d'Ivoire, Guinea, Guinea Bissau, Mali, Mauritania, Niger and Togo

protection sociale / assurance-maladie / soins médicaux / politique sanitaire / rôle de l'OIT / niveau national/ Niger

02.03.1

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits numériques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des plateformes de distribution numérique. On peut aussi se les procurer directement en contactant

ilo@turpin-distribution.com. Pour plus d'information visitez notre site Web: www.ilo.org/publns ou contactez ilopubs@ilo.org.

Imprimé au Sénégal

T A B L E D E S M A T I È R E S

Copyright	3
Liste des abréviations	6
Avant-propos	7
Résumé exécutif	9
Introduction	13
1. La couverture universelle de santé	16
1.1. Domaines de réflexion sur la protection sociale de santé.....	17
1.2. La protection sociale de la santé: fondements et orientations normatives.....	18
1.3. La norme de l'OIT pour l'extension de la protection de santé: la recommandation n° 202.....	21
1.3.1. Couverture.....	21
1.3.2. Accès effectif.....	22
1.3.3. Accessibilité.....	22
1.3.4. Qualité.....	23
1.3.5. Protection financière.....	23
1.4. Aspects à examiner dans la définition et la mise en œuvre d'un système de couverture universelle.....	23
1.4.1. Quel sera le périmètre de la couverture?.....	23
1.4.2. Unicité ou pluralité de dispositifs?.....	24
1.4.3. Quelle gouvernance?.....	25
1.4.4. Assurance-maladie obligatoire (AMO) ou assurance-maladie volontaire (AMV)?.....	25
1.4.5. Quels mécanismes de financement?.....	25
2. Contexte et défis de la couverture universelle de la santé au Niger	27
2.1. Politiques et stratégies nationales.....	28
2.1.1. Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015.....	28
2.1.2. Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015.....	28
2.1.3. Politique nationale de protection sociale (PNPS).....	29
2.1.4. Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS).....	30
2.2. Dispositifs de protection sociale de la santé disponibles au Niger.....	30
2.2.1. Couverture des agents de l'Etat.....	32
2.2.2. Couverture des travailleurs relevant du Code du travail.....	32
2.2.3. Mutuelles complémentaires du secteur public et du secteur privé formel.....	32
2.2.4. Economie informelle et monde rural.....	32
2.2.5. Politiques de gratuité.....	32
2.3. Organisation du système de santé.....	33
2.4. Analyse de l'offre de soins.....	34
2.4.1. Inégale répartition de l'offre de soins.....	34
2.4.2. Problèmes de disponibilité et de motivation du personnel de santé.....	35
2.4.3. Déficit de couverture suivant les critères établi par les normes internationales.....	36
2.4.4. Insuffisance du système d'approvisionnement en médicaments, consommables et réactifs.....	37
2.4.5. Mauvaise perception de la qualité et de la disponibilité de l'offre de soins par les usagers.....	37

3. Propositions concernant l'architecture de la CUS au Niger	38
3.1. Objectifs et enjeux d'une couverture universelle de santé.....	39
3.1.1. Objectif global.....	39
3.1.2. Objectifs spécifiques.....	39
3.1.3. Garantie d'un accès effectif et universel aux soins de santé essentiels et d'une protection financière en cas de maladie, de maternité et d'accident.....	39
3.1.4. Renforcement de la disponibilité et de la qualité des services de santé.....	40
3.1.5. Gouvernance et financement durable de la CUS.....	41
3.1.5.1. Questions relatives aux opérations administratives.....	41
3.1.5.2. Modalités de mise en œuvre.....	41
3.2. Deux architectures de la CUS au Niger en discussion.....	43
3.3. Une architecture fondée sur le mouvement mutualiste.....	42
3.3.1. Options élaborées par le comité technique en charge de la CUS.....	42
3.3.2. Quatrième option, formulée en avril 2014.....	44
3.3.3. Limites de l'approche du MSP.....	46
3.4. Une autre approche proposée par le METSS et le BIT, basée sur une diversification des dispositifs d'affiliation et de recouvrement.....	48
3.4.1. Niveaux d'organisation.....	49
3.4.2. Populations cibles et délégation des fonctions d'immatriculation et de recouvrement.....	50
3.4.2.1. Travailleurs du secteur formel.....	51
3.4.2.2. Retraités du secteur formel.....	51
3.4.2.3. Ménages de l'économie informelle urbaine.....	51
3.4.2.4. Ménages les plus pauvres et vulnérables.....	52
3.5. Mesures d'accompagnement nécessaires pour la CUS: priorité au renforcement de l'offre de soins dans les zones rurales.....	53
3.5.1. Cadres d'intervention.....	53
3.5.2. Une stratégie possible: intégrer le déploiement de la CUS au calendrier des «communes de convergence».....	54
4. Vers la mise en œuvre de la CUS Niger - Éléments pour les étapes suivantes	56
4.1. Etapes et recommandations pour la mise en œuvre de la CUS.....	58
4.1.1. Stimulation de l'appropriation nationale du projet de CUS.....	58
4.1.2. Mise en place d'un mécanisme de pilotage consensuel.....	58
4.1.3. Conception de la CUS en synergie avec les autres stratégies et politiques nationale.....	58
4.1.4. Elaboration d'un plan de travail pour le processus de mise en œuvre de la CUS.....	59
4.1.5. Définition d'un paquet de soins adapté et évaluation rapide des implications financières.....	60
4.1.6. Développement de l'infrastructure sanitaire par des programmes de travaux HIMO.....	60
4.1.7. Inclusion de l'accueil et du respect des patients dans le conventionnement entre l'assurance et l'offre de soins.....	61
4.1.8. Coordination du calendrier de la CUS avec celui du renforcement de la CNSS.....	61
4.1.9. Capitalisation de l'expertise développée par d'autres pays de la région.....	61
4.2. Rodage du système d'assurance-maladie sur une population cible restreinte: les agents de l'Etat.....	61
ANNEXE 1 Normes minimales en matière de protection sociale de la santé	63
ANNEXE 2 Engagements et obligations juridiques du Niger en matière de couverture universelle de santé	65
ANNEXE 3 Expériences internationales pertinentes pour le développement de la CUS au Niger	67

L I S T E D E S A B R É V I A T I O N S

AGN	<u>Agence nationale chargée de l'assurance</u>
AMV	<u>Assurance-maladie volontaire</u>
AMO	<u>Assurance-maladie obligatoire</u>
BIT	<u>Bureau international du Travail</u>
CIT	<u>Conférence internationale du Travail</u>
CNSS	<u>Caisse nationale de sécurité sociale</u>
CSI	<u>Centres de santé intégrés</u>
CUS	<u>Couverture universelle de santé</u>
DNPGCCA	<u>Dispositif national de prévention et de gestion des catastrophes et crises alimentaires</u>
HD	<u>Hôpitaux de district</u>
HIMO	<u>Haute intensité de main-d'œuvre</u>
I3N	<u>Initiative «les Nigériens nourrissent les Nigériens»</u>
IPS	<u>Institut de prévoyance santé</u>
METSS	<u>Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale</u>
MP/PF/PE	<u>Ministère de la Population, de la Promotion de la femme, de la Protection de l'enfant</u>
MSP	<u>Ministère de la Santé publique</u>
OIT	<u>Organisation internationale du Travail</u>
OMD	<u>Objectifs du Millénaire pour le développement</u>
OMS	<u>Organisation mondiale de la Santé</u>
ONPPC	<u>Office national des produits pharmaceutiques et chimiques</u>
PDES	<u>Plan de développement économique et social</u>
PDS	<u>Plan de développement sanitaire</u>
PMA	<u>Paquet minimum d'activités</u>
PNPS	<u>Politique nationale de protection sociale</u>
PPTD	<u>Programme par pays de promotion du travail décent</u>
PTF	<u>Partenaires techniques et financiers</u>
SNFS	<u>Stratégie nationale de financement de la santé</u>
SNU	<u>Système des Nations Unies</u>
UEMOA	<u>Union économique et monétaire ouest-africaine</u>

Le Bureau international du Travail (BIT) s'est engagé à accompagner le Niger dans la mise en œuvre de la Politique nationale de protection sociale (PNPS). Cet appui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre l'Organisation internationale du Travail (OIT) et ses mandants au Niger à travers le Programme pays pour le Travail décent (PPTD) 2012-2015. Il porte sur les actions visant l'extension de la protection sociale fondée sur les droits et les normes internationales du Travail, garantissant l'accès aux soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, notamment les personnes les plus vulnérables.

Cet appui est guidé par la Recommandation no. 202 de l'OIT concernant les socles nationaux de protection sociale adoptée par l'ensemble des mandants tripartites des 185 Etats Membres de l'OIT, dont le Niger, et soutenue par la communauté internationale. Il a contribué ainsi à soutenir les efforts du pays dans le cadre d'accélération de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) d'ici 2015. Par ailleurs, l'appui du BIT continue de s'inscrire dans les objectifs de développement durable adopté en septembre 2015 par l'Assemblée Générale des Nations Unies.

Dans ce cadre, le BIT apporte son expertise à la réflexion nationale que le Niger a entrepris depuis 2010 pour la mise en place d'un schéma de couverture universelle en santé (CUS). La mise en œuvre de la CUS au Niger est l'un des objectifs de la Politique nationale de protection sociale adoptée en 2011. Ainsi, un comité technique a été créé par le ministère de la Santé publique en avril 2013 et un atelier technique tenu en octobre 2013 a présenté et discuté des modèles d'architecture de la CUS élaborés par ce comité, en préparation d'une présentation lors du Forum national sur la protection sociale réalisé en novembre 2013. Ces modèles s'inspirent fortement du modèle mis en place au Rwanda et se fondent sur le déploiement de mutuelles de santé avec différentes variantes en termes de structuration nationale et de répartition des fonctions de l'assurance santé. L'expérience du mouvement mutualiste dans la sous-région, depuis les années 1990, montre cependant que les mutuelles de santé connaissent des résultats mitigés et n'ont pas la capacité de couvrir des masses importantes de population. Elles constituent de fait des fondations faibles pour un schéma de couverture nationale.

Il importe, dans ce contexte, d'explorer d'autres mécanismes de couverture et de financement permettant de bâtir une protection sociale de la santé, dans le cadre d'un socle de protection sociale, pour toutes les couches de population.

La construction d'un système de couverture universelle en santé est un chantier de très grande ampleur qui soulève de nombreux défis et qui doit être envisagé à moyen et long terme. Un tel système nécessite de repenser les mécanismes de financement de la santé, de renforcer les performances de l'offre de soins et de bâtir, au niveau macro-économique, une solidarité nationale réaliste et compatible avec l'économie nationale. Le montage technique de cette couverture représente un autre défi important : il s'agit, en effet, d'élaborer les mécanismes adaptés qui devront permettre de couvrir progressivement toute la population, dont la quasi-totalité vit dans l'économie informelle et le monde rural, éparpillée sur l'ensemble du territoire, avec une diversité d'activités, de revenus et de situations.

L'enjeu est, dans un tel contexte, de bâtir une approche propre au Niger reposant sur un consensus national, une implication de tous les acteurs et une synergie avec les cadres nationaux de développement et les politiques sectorielles.

Ce rapport résulte :

- d'une mission du consultant effectuée du 10 au 21 mars 2014, avec pour objectif de réaliser une analyse des options de mise en place de la CUS/N, en tenant compte des modèles déjà proposés (par un comité technique créé par le ministère de la Santé publique) pour alimenter un dialogue national visant à définir le modèle propre au Niger ;
- de la participation du consultant à un atelier technique qui s'est tenu du 1er au 03 avril 2014 portant sur 3 propositions d'architecture formulées par un groupe de travail restreint conduit par le ministère de la Santé publique (MSP).`

Il s'appuie également sur la Note technique de la proposition d'architecture CUS/N, synthèse des travaux de l'atelier de Sai Dore (23-25 novembre 2013) ainsi que sur une recherche documentaire sur l'état du droit à la protection sociale en santé.

Ce rapport a été élaboré avec l'appui technique de Messieurs Olivier Louis dit Guérin, consultant international, Dramane Batchabi, directeur technique de l'INAM du Togo et de Mesdames Geneviève Binette, consultante et Victoire Umuhire, juriste, sous la supervision générale du Département de la protection sociale du BIT. Nous voudrions remercier tous les collègues et les spécialistes qui ont contribué à la réalisation de cette étude: Mesdames Anne Drouin, chef du service du financement public, services actuariels et statistiques du BIT, Xenia Scheil-Adlung, coordinatrice des politiques de santé, Emmanuelle St-Pierre Guilbault, spécialiste légale, Messieurs Ariel Pino, spécialiste en protection sociale et Thorsten Behrendt, spécialiste en protection sociale de la santé. Nous remercions aussi le Bureau de Dakar à travers son Directeur, François Murangira et l'unité de Communication (Djibril Ndiaye et Caroline Kane) pour leur appui précieux dans l'édition et l'impression de cette publication. Nous remercions spécialement Monsieur Moussa Oumarou, Directeur du département de la gouvernance et du tripartisme au BIT pour son soutien et les conseils précieux qu'il a donnés tout au long du développement de ce travail technique.

Le Bureau international du Travail tient à remercier tout particulièrement Mme Aichatou Boulama Kané, Directrice de Cabinet du Premier Ministre, Monsieur Salissou Ada, Ministre de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale, ainsi que ses collaborateurs : M. Amadou Siddo, Secrétaire Général, M. Abdou Dounama, Directeur général du Travail, M. Hassane Garba Directeur général de la Protection sociale, M. Ada Kassoum, Directeur de la Mutualité et M. Dramane Harouna, Directeur général de l'Emploi et de l'Insertion. Nous remercions également pour leurs contributions : Dr. Karimou Abdou Gallo, Manager de la Santé de la Reproduction au ministère de la Santé publique, M. Harouna Ibrahimia, Directeur général de l'Agriculture au Ministère de l'Agriculture, M. Abdou Noma, Directeur du contrôle des assurances au Ministère des Finances et ses collaborateurs, M. Ide Adamou Sanda, Secrétaire général de la CNSS, M. Oumarou Habi, Directeur des enquêtes et des recensements de l'INS, M. Saley Saibou, Vice-Président du Conseil National du Patronat du Niger et ses collaborateurs, Mme Salamatou Mariko, Secrétaire générale de l'Union générale des syndicats de l'économie informelle et ses collaborateurs, les cadres et membres rencontrés de la Fédération des organisations patronales du Niger, Dr Assimawé Pana, Représentant de l'OMS au Niger ainsi que M. Moussa Bizo, Chargé de l'Economie de la Santé à l'OMS, M. Mouhamed Ould Zeidane El Béchir, Chief social policy, planning and M&E à l'UNICEF, M. Serigne Mbacké Sougou, Représentant Résident de l'UEMOA au Niger, M. Djibrilla Karamoko, Sr Health specialist à la Banque Mondiale, Dr Willy Jansen et Dr Issa Moussa Hama du projet PAI-MSP de la Coopération technique belge ainsi que les responsables de la Mutuelle des Douanes et de la Mutuelle de santé de Say. Nous remercions enfin les nombreuses personnes rencontrées non citées ici qui ont activement participé à la collecte des informations et contribué à cette étude.

Dramane HAIDARA
Directeur BP/OIT-Abidjan

R É S U M É E X É C U T I F

Ce rapport contribue au plan d'appui du Bureau international du Travail (BIT) au Niger dans le cadre de l'accélération des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Cet appui se concentre sur la mise en place d'un socle de protection sociale au sein duquel s'inscrit la mise en œuvre d'un régime de couverture universelle de santé (CUS). L'objectif de ce rapport est d'alimenter le dialogue national autour du projet de CUS, notamment en ce qui concerne les enjeux et objectifs d'une couverture universelle, les architectures possibles et les étapes de mise en œuvre. Dans ce sens, il s'appuie sur les normes internationales relatives à la protection sociale de la santé, les politiques nationales en matière de protection sociale et de santé, ainsi que les stratégies nationales de mise en œuvre effective.

■ La protection sociale en matière de santé : un droit fondamental de la personne

Les systèmes de protection sociale de la santé ont pour fonction d'assurer de manière efficace, adéquate et rationnelle un accès universel et de qualité aux soins, une protection financière et la prestation de services de santé (y compris les soins de maternité). Aborder la question de la mise en œuvre d'un régime de CUS nécessite, d'une part, de respecter plusieurs principes de base. L'universalité implique d'organiser une couverture accessible à toutes les couches de la population, sans conditions de revenus, et s'appuie sur la solidarité nationale. L'élaboration d'un système de protection sociale de la santé doit être fondée sur les droits, engage la responsabilité générale de l'Etat et implique tous les acteurs nationaux au sein d'un dialogue social.

D'autre part, la question de la protection sociale de la santé est multidimensionnelle et particulièrement complexe. Elaborer une couverture universelle nécessite de se confronter à de multiples obstacles face auxquels les pays disposent d'une importante palette d'outils et de mécanismes qu'ils doivent organiser au mieux en fonction du contexte national. Le dialogue national doit permettre de définir la protection à apporter en termes de panier de soins et de risque financier couverts, de définir l'organisation et la gouvernance de la couverture, avec de multiples choix techniques à opérer. Le financement du système, qui doit pouvoir combiner un ensemble de ressources disponibles au niveau des ménages et de l'Etat, voire des partenaires extérieurs, est un autre défi important à relever.

La réflexion à mener dans chaque pays doit être fondée sur un ensemble d'instruments internationaux, notamment sur la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) et sur le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), qui établissent les fondements de la couverture universelle en matière de santé en droit international. La Constitution de l'Organisation internationale du Travail (OIT) (1919) et la Déclaration de Philadelphie (1944) placent la protection de la santé au cœur du mandat de l'OIT en protection sociale. Ce mandat est confirmé par la résolution et les conclusions de la Conférence internationale du Travail (CIT) en 2011. Pour mener à bien ce mandat, l'OIT s'est dotée d'un ensemble de normes (conventions et recommandations) énonçant les principes directeurs et niveaux minimums à atteindre applicables par chacun de ses Etats membres. Les mandats tripartites de l'OIT ont dans ce cadre adopté la convention n° 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, ratifiée par le Niger en 1966, et la convention n° 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, ainsi qu'un ensemble de recommandations sur la protection sociale de la santé. Parmi les recommandations, la recommandation n° 202, adoptée en juin 2012, fournit aux Etats membres de l'OIT des orientations en vue d'établir des systèmes complets de sécurité sociale et d'étendre la couverture de la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts, en particulier les personnes pauvres et les plus vulnérables. Cette recommandation fournit un cadre de référence basé sur les droits pour la mise en place de socles nationaux de

¹ Recommandation n° 202 sur les socles de protection sociale, 2012, paragraphe 5a).

protection sociale dont la première garantie élémentaire est définie comme étant l'«accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité»¹.

A travers ces instruments, l'objectif de l'OIT dans le domaine de la protection sociale de la santé est d'élargir la couverture pour parvenir à un accès universel aux soins de santé abordables et de qualité adéquate et à une protection financière en cas de maladie. Pour y parvenir, l'approche développée par l'OIT repose sur trois grandes étapes :

- 1) l'évaluation des déficits,
- 2) le développement d'un plan national d'extension de la couverture, et
- 3) le renforcement des capacités nationales.

■ Contexte et défi de la couverture universelle de santé au Niger

L'élaboration d'un système de couverture universelle de santé se présente aujourd'hui comme un chantier de grande ampleur au Niger.

D'une part, la protection sociale de la santé est fragmentée et embryonnaire et ne touche encore, pour ce qui concerne les mécanismes d'assurance, qu'une faible partie de la population. Ainsi, la prise en charge des dépenses de soins de santé des agents de l'Etat par le budget national ne concerne que 0,5 pour cent de la population. Dans le secteur privé, les mutuelles de santé professionnelles et communautaires, ainsi que les assurances privées commerciales, ne touchent que trois pour cent de la population. A ces dispositifs s'ajoutent des mécanismes de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans, les femmes enceintes, les personnes handicapées et les indigents, qui touchent 20 pour cent de la population.

Outre la faible ampleur de leur couverture, ces dispositifs ne sont pas exempts de difficultés, parmi lesquelles: la lourdeur des procédures de prise en charge des agents de l'Etat, le faible respect des obligations du Code du travail et de la convention collective interprofessionnelle en matière de couverture médicale par les entreprises privées, et des capacités très limitées en matière de gestion technique des mutuelles de santé communautaires.

D'autre part, l'offre de soins doit faire l'objet de mesures importantes de renforcement de l'accessibilité physique des structures sanitaires, notamment en milieu rural, de disponibilité et de motivation du personnel de santé, ainsi que d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux.

Ces défis à relever sont pris en compte dans les cadres de développement et les documents de politique et de stratégie du Niger, qui placent la mise en œuvre d'une couverture universelle de santé parmi les objectifs prioritaires. Le Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015 place l'amélioration de l'accès aux soins de santé parmi ses priorités. Les actions de renforcement de l'offre de soins et de mise en œuvre de la CUS sont déclinées dans le Plan de développement sanitaire et la Politique nationale de protection sociale. Ces plans bénéficient du soutien des partenaires extérieurs à travers des mécanismes conjoints d'appui.

En vue de remplir ses engagements nationaux et internationaux en matière de protection sociale de la santé, le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale a sollicité l'appui du BIT pour proposer une architecture de la couverture universelle de santé permettant d'étendre progressivement la couverture de santé à toute la population nigérienne, faisant de ce droit fondamental une réalité. Ce rapport s'appuie sur les normes internationales relatives à la protection sociale de la santé et les politiques nationales en matière de protection sociale et de santé, ainsi que leurs stratégies nationales de mise en œuvre effective.

■ Propositions concernant l'architecture de la CUS Niger

L'objectif général de la CUS est de permettre l'accès de tous les résidents à un paquet de soins de santé essentiels de qualité. Ce paquet est défini à l'échelle nationale et constitue une garantie de base du socle de protection sociale au Niger. Sur la base des normes internationales en protection sociale de la santé, les trois grands objectifs spécifiques suivants devront être atteints.

¹Niger (2011). Ministère de la Population, de la Promotion de la femme et de la Protection de l'enfant. Politique

- **Garantir un accès effectif et universel** aux soins de santé essentiels et une protection financière en cas de maladie, de maternité et d'accident : la CUS devra permettre de réduire le paiement direct par les usagers des services de santé couverts, avec le déploiement progressif de l'assurance-maladie vers toutes les catégories socio-économiques de la population. Il s'agit de mettre en pratique le principe de la mutualisation des ressources et de la solidarité dans le domaine de la santé, de manière à financer collectivement les dépenses de santé, et ainsi assurer la pérennité et la stabilité de la CUS. Deux options sont identifiées dans ce sens : le financement grâce à une marge de manœuvre budgétaire et l'adhésion obligatoire à l'assurance-maladie.
- **Renforcer la disponibilité et la qualité des services de santé** : il faut fournir d'importants efforts pour améliorer la couverture géographique et la qualité des services de santé, et un accent particulier devra être mis sur la cohérence et la coordination entre le calendrier de mise en œuvre de la CUS et celui des mesures prévues par le Plan de développement sanitaire 2011-2015.
- **Organiser la gouvernance et le financement durable de la CUS** : la bonne gouvernance nécessitera d'intégrer dans l'architecture finale de la CUS les aspects relatifs aux opérations administratives, aux modalités de mise en œuvre et à l'équilibre entre les besoins de protection sociale de santé et les ressources nationales, le tout s'appuyant sur des textes juridiques.

La bonne gouvernance concerne également le processus de mise en œuvre de la CUS. Force est de constater qu'à ce niveau, le ministère de la Santé publique (MSP), le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale (METSS) et le ministère de la Population, de la Promotion de la femme et de la Protection de l'enfant (MP/PF/PE) ont des visions différentes pour étendre la couverture de santé. Ces trois ministères disposent de compétences complémentaires qui ne sont pas efficacement exploitées du fait des difficultés et des faiblesses de coordination intersectorielle observées. Par ailleurs, s'agissant d'étendre la protection sociale à l'économie informelle et au monde rural, le ministère de l'Agriculture, le ministère des Mines et du Développement industriel ainsi que le ministère du Commerce et de la Promotion du secteur privé doivent également être activement impliqués dans les réflexions. Ces ministères, ainsi que les partenaires sociaux et les organisations représentatives de l'économie informelle et du monde rural, sont porteurs de propositions pour l'incitation et l'inclusion des travailleurs de ces secteurs dans l'assurance-maladie. Le processus actuel de réflexion n'a que peu consulté ces acteurs, voire pas du tout ; le plan de travail pour la suite du processus devra permettre d'organiser l'implication et la contribution de l'ensemble des parties prenantes de façon efficace et permanente.

En 2013, le gouvernement a mis sur pied un comité technique ayant pour mission de conduire la réflexion sur l'ensemble des questions posées par la CUS. Le travail de ce comité a jusqu'à présent porté essentiellement sur l'architecture de la CUS, avec une proposition présentée lors du Forum national sur la protection sociale à Niamey en novembre 2013, puis débattue durant un atelier technique en avril 2014. Cette proposition, promue par le MSP, s'appuie sur la mise en œuvre de mutuelles de santé comme mécanisme d'affiliation des différentes catégories de population et de collecte des cotisations des assurés (cotisations à l'assurance-maladie). Plusieurs faiblesses ont été relevées dans cette approche, notamment concernant l'incapacité des mutuelles existantes à développer une gestion technique de qualité. Cette faiblesse n'est pas propre au Niger; l'expérience du mouvement mutualiste dans la sous-région depuis les années 1990 montre que les mutuelles de santé connaissent des résultats mitigés et n'ont pas la capacité de couvrir des masses importantes de population. Elles constituent de fait des fondations faibles pour un régime de couverture nationale. Ce régime s'appuie également fortement sur les communes, bien que celles-ci aient encore de faibles capacités et peinent à mettre en œuvre leurs plans de développement locaux.

Face à ces faiblesses, une autre approche est proposée conjointement par le BIT et le METSS. Elle partage avec l'approche du MSP la centralisation de certaines fonctions de l'assurance au niveau d'une agence nationale de gestion de l'assurance-maladie. En revanche, elle propose une stratégie d'extension fondée sur une diversité de dispositifs adaptés aux différentes catégories socioéconomiques, et non plus uniquement sur le mouvement mutualiste. Cette approche redistribue les fonctions de gestion du système avec une délégation de gestion. En d'autres termes, la proposition du METSS et du BIT vise à élargir les mécanismes et les possibilités d'inclusion des différentes catégories de population en proposant de déléguer certains métiers de l'assurance (affiliation, recouvrement, etc.) à des organisations existantes (groupements d'intérêt économique, institutions de microfinance, coopératives, etc.), voire des mutuelles de santé, disposant d'une capacité de mobilisation des ménages de

l'économie informelle et du monde rural. L'affiliation des travailleurs du secteur formel, qui devra être d'emblée obligatoire, s'effectue dans ce régime via l'Etat et les employeurs privés. Pour l'adhésion des ménages les plus pauvres et vulnérables, le régime s'appuie sur le Fonds social de santé (FSS) prévu par la Stratégie nationale de financement de la santé. Cette adhésion automatique devra s'accompagner de mécanismes de ciblage efficaces, ainsi que d'une réorganisation et d'une rationalisation des mécanismes actuels de gratuité des soins de santé.

Cette approche du METSS et du BIT insiste par ailleurs sur la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de la CUS par des mesures de renforcement de l'offre de soins, surtout en milieu rural. Pour ce faire, il faut coordonner l'ensemble des acteurs nationaux et extérieurs, dans le cadre notamment de l'Initiative 3N, du Dispositif national de prévention et de gestion des catastrophes et crises alimentaires (DNPGCCA) et du projet de communes de convergence.

■ **Etapes et recommandations pour la mise en œuvre de la CUS au Niger**

La discussion sur l'architecture de la CUS doit être poursuivie afin d'aboutir à un consensus national qui permettra de passer aux étapes suivantes de réalisation des études de faisabilité. Celles-ci devront permettre de déterminer quels paniers de soins et services de santé devront être couverts, et de calculer le coût de ce panier et son financement. Elles devront également porter sur les mesures d'accompagnement nécessaires au renforcement de l'offre de soins de santé et fixer les modalités d'accueil des patients, ainsi que la qualité des services qui entreront dans la contractualisation entre le régime national d'assurance et l'offre de soins couverte.

A ce stade du processus de réflexion sur la mise en œuvre de la CUS au Niger, plusieurs étapes et recommandations sont proposées afin d'aller de l'avant.

- Dans un premier temps, il importe de stimuler l'appropriation nationale du projet dans un contexte de multiplicité de partenaires et d'expertises qui gravitent autour de celui-ci.
- Cette appropriation passe notamment par la mise en place d'un mécanisme de pilotage consensuel entre le MSP et le METSS, voire le MP/PF/PE, face aux tensions observées aujourd'hui qui handicapent la capacité du Niger à définir son approche propre, adaptée à ses spécificités et ses priorités. Ce comité devra notamment veiller à créer une synergie entre le projet de CUS et les autres stratégies et politiques nationales, en exploitant les compétences de l'ensemble des ministères et acteurs nationaux.
- Parmi les synergies à développer, il importe de souligner notamment celles à élaborer avec les programmes à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) pour le développement des infrastructures sanitaires, ainsi qu'avec le projet de communes de convergence.
- Un plan de travail précis devra être dressé afin d'impulser une dynamique continue de réalisation des études de faisabilité. Ce plan doit intégrer :
 - la finalisation de l'architecture de la CUS ;
 - le renforcement des capacités des acteurs associés aux processus ;
 - l'organisation d'un cadre de dialogue national permanent associant les partenaires sociaux, les organisations représentatives de l'économie informelle (y compris les syndicats), le réseau des chambres de l'agriculture, les organisations représentatives du monde rural (Plateforme paysanne, etc.), les institutions de microfinance ;
 - et enfin, ce plan de travail devra organiser et répartir entre tous les acteurs nationaux et extérieurs, en fonction de leurs domaines de compétence, la réalisation des différentes composantes des études de faisabilité.
- Une composante essentielle des études de faisabilité sera la définition d'un paquet de soins adaptés et l'évaluation de ses implications financières. Il s'agit d'une étape complexe pour laquelle l'OIT a développé des concepts et recommandations pour une approche macro fondée sur des données agrégées et adaptée à la faible production de données statistiques. Cette approche inclut également un ensemble de critères de définition du paquet de soins de santé essentiels.

Une dernière recommandation concernant le processus de mise en œuvre de la CUS porte sur les étapes de démarrage du système, puis de son extension. La stratégie proposée vise à déployer d'emblée le système à l'échelle nationale, mais sur un groupe cible limité, qui pourrait être celui des agents de l'Etat, pour ensuite l'étendre aux autres catégories de la population. L'objectif de cette démarche est, en premier lieu, de développer et tester tous les métiers de l'assurance-maladie pour ensuite passer à l'étape de consolidation du régime à travers l'extension de la couverture.

I N T R O D U C T I O N

INTRODUCTION

Le Bureau international du Travail (BIT) s'est engagé à accompagner le Niger dans la mise en œuvre de sa Politique nationale de protection sociale (PNPS) adoptée en septembre 2011². Cet appui s'inscrit dans le cadre de la coopération entre l'Organisation internationale du Travail (OIT) et ses mandants au Niger à travers le Programme par pays de promotion du travail décent (PPTD) 2012-2015³. Ce dernier porte sur les actions visant à étendre la protection sociale, fondée sur les droits et les normes internationales du travail garantissant l'accès aux soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu, à toute personne dans le besoin, notamment aux personnes les plus vulnérables, tout au long de la vie. Cet appui est guidé par les principes normatifs énoncés entre autres dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952,⁴ et la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, adoptée en 2012 par l'ensemble des mandants tripartites des 185 Etats membres de l'OIT, dont le Niger, et soutenue par la communauté internationale.⁵

Depuis le Forum national sur la protection sociale au Niger, organisé à Niamey en novembre 2013, le Système des Nations Unies (SNU) agit de manière concertée pour appuyer la mise en œuvre de la PNPS. Dans ce sens, il a formulé une Déclaration d'engagement en faveur du socle de protection sociale, qui indique que «les agences du SNU se tiennent prêtes à raffermir, avec les autres Partenaires techniques et financiers, leur contribution dans un effort collectif visant à la mise en œuvre efficace et efficiente de la PNPS.»⁶

² Niger (2011). Ministère de la Population, de la Promotion de la femme et de la Protection de l'enfant. Politique nationale de protection sociale, disponible à l'adresse suivante: http://ucesif.org/fr/public/images/ressource/ucesif-08072014145311-11_09_Politique_nationale_de_protection_sociale_du_Niger.pdf

³ PPTD 2012: le Programme par pays de promotion du travail décent 2012-2015 tire ses orientations de l'analyse du contexte socioéconomique et de la situation du pays en matière de création d'emplois, de protection sociale et de respect des normes internationales du travail, entre autres. Cette analyse a révélé des déficits de travail décent liés notamment la faible effectivité de l'application des normes internationales, la persistance des inégalités entre hommes et femmes, l'exclusion de la protection sociale de plus de 90 pour cent de la population, la faiblesse institutionnelle de la santé et de la sécurité sur les lieux du travail. P. vi. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/program/dwcp/download/niger.pdf>

⁴ Le Niger a ratifié la convention n° 102 en 1966. Cette convention est composée d'une partie traitant des dispositions générales et de neuf parties correspondant aux neuf branches de la sécurité sociale: soins médicaux (Partie II), indemnités de maladies (Partie III), prestations de chômage (Partie IV), prestations de vieillesse (Partie V), prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Partie VI), prestations aux familles (Partie VII), prestation de maternité (Partie VIII), prestations d'invalidité (Partie IX) et prestations de survivants (Partie X). Tout Etat ratifiant la convention n° 102 doit accepter les dispositions générales ainsi qu'au moins trois des neuf branches, dont au moins une des cinq suivantes: parties IV à VI et parties IX à X. Le Niger a accepté les branches V à VIII, et les branches non acceptées par le pays peuvent toujours guider l'élaboration des politiques protections sociales. Ainsi, la Partie III, sur les soins médicaux, devrait servir d'orientation pour l'élaboration des politiques nationales de santé au Niger.

⁵ Outre la convention n° 102 et la recommandation n° 202, d'autres conventions et recommandations de l'OIT portant sur la protection sociale de la santé sont pertinentes et guident cette réflexion, notamment la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 (non ratifiée par le Niger), qui énonce des normes supérieures à la convention n° 102. La recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, quant à elle, énonce les principes devant guider la protection sociale de santé (voir chapitre 1.2).

⁶ Niger (2013). Cabinet du Premier ministre. Rapport de synthèse du Forum national sur la protection sociale au Niger, p. 50. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.coopami.org/fr/countries/countries/niger/projects/2013/pdf/2013111204.pdf>

Dans le cadre du SNU, le BIT apporte son expertise internationale à la réflexion nationale entreprise depuis 2010 par le Niger à propos de la mise en place d'un régime de couverture universelle de santé (CUS) adéquat et adapté au contexte spécifique du Niger. La mise en œuvre de la CUS au Niger est l'un des objectifs de la PNPS⁷ adoptée en septembre 2011. Dans ce cadre, un comité technique a été créé par le ministère de la Santé publique en avril 2013 et un atelier technique organisé en octobre 2013 a présenté et discuté des modèles d'architecture de la CUS élaborés par ce comité. Ces réflexions précédaient une présentation assurée lors d'un forum national sur la protection sociale tenu en novembre 2013. Ces modèles s'inspirent fortement du modèle mis en place au Rwanda et se fondent sur le déploiement de mutuelles de santé, avec différentes variantes en termes de structuration nationale et de répartition des fonctions de l'assurance-maladie.

L'expérience du mouvement mutualiste mis en place dans la sous-région depuis les années 1990 montre cependant que les mutuelles de santé connaissent des résultats mitigés et ne sont pas en mesure de couvrir des masses importantes de population. Elles sont donc trop faibles pour constituer un régime de couverture nationale. Il importe, dans ce contexte, d'explorer d'autres mécanismes de couverture et de financement permettant de bâtir une protection sociale de la santé, dans le cadre d'un socle de protection sociale, pour toutes les couches de la population.

L'élaboration d'un système de couverture universelle de santé est un chantier de très grande ampleur qui soulève de nombreux défis et doit être envisagé à moyen et long terme. Ces systèmes nécessitent de repenser les mécanismes de financement de la santé, de renforcer les performances de l'offre de soins et de bâtir, au niveau macroéconomique, une solidarité nationale réaliste et compatible avec l'économie nationale. Le montage technique de cette couverture représente un autre défi important: il s'agit en effet d'élaborer des mécanismes adaptés et qui permettront de couvrir progressivement toute la population, dont la quasi-totalité est dans l'économie informelle et vit dans le monde rural, est dispersée sur l'ensemble du territoire et représente une grande diversité d'activités, de revenus et de situations.

Dans un tel contexte, l'enjeu est de bâtir une approche propre au Niger reposant à la fois sur: un consensus national, une implication de tous les acteurs, et une synergie avec les cadres nationaux de développement et les politiques sectorielles.

La première partie de ce rapport décrit le contexte actuel en matière de protection sociale de la santé, et pose les enjeux et les objectifs de la CUS; la seconde partie recentre ces derniers dans le contexte spécifique du Niger. La troisième partie se penche sur les architectures possibles de CUS pour le Niger alors que les étapes de mise en œuvre sont proposées dans la quatrième partie, assorties d'un ensemble de recommandations. Enfin, pour compléter la réflexion, des expériences relatives à des systèmes de couverture universelle de santé de différents pays de la région sont présentées en annexe.

Ce rapport a été élaboré avec l'appui technique de M. Olivier Louis dit Guérin, consultant international, Victoire Umuhire, juriste et de M. Dramane Batchabi, directeur technique de l'INAM du Togo, sous la supervision du Département de la protection sociale du BIT. Le BIT tient à remercier les autorités du ministère de l'Emploi et du Travail et de la Sécurité sociale, et du ministère de la Santé publique du Niger.

⁷ PNPS 2011. En particulier les axes 2 et 3, touchant respectivement la sécurité sociale, le travail et l'emploi, et les services sociaux et infrastructures de base.

| **1** |

LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ

1. LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE SANTÉ

L'accès aux services de santé est une condition essentielle pour garantir un niveau de vie minimum et assurer le bien-être et la productivité futurs. Or, une grande partie de la population mondiale⁸ n'a pas accès aux services et dispositifs de santé, et un plus grand nombre encore de personnes risque de s'enfoncer plus profondément dans la pauvreté en l'absence de régime approprié de protection, par nécessité d'assumer des dépenses de santé indispensables.

Les systèmes de protection sociale de la santé ont pour fonction d'assurer de manière efficace, adéquate et rationnelle un accès universel et de qualité aux soins, ainsi qu'une protection financière et la prestation de services de santé (y compris les soins de maternité). A ces fins, il est possible de faire appel à des mécanismes de financement pluralistes, associant différentes sources de financement telles que les impôts directs ou indirects, les cotisations des employeurs et travailleurs, ou encore les primes d'assurance. L'aide au développement devrait constituer un financement complémentaire et pourrait être considérable au démarrage de programmes. Toutefois, des stratégies de sortie de ce financement international devront être envisagées pour stimuler la recherche de financement national.

Le système global actuel de protection sociale au Niger est relativement limité. La brève revue des dispositifs actuels de couverture du risque maladie présentée ici montre qu'il existe des mécanismes contributifs et non contributifs. Cependant, cet ensemble est hétérogène et ne couvre qu'une faible partie de la population. Dans ce contexte, la mise en œuvre d'une couverture universelle de santé constitue un défi important.

Cette première partie rappelle en premier lieu les concepts essentiels de la protection sociale de santé et aborde ensuite la définition et la stratégie de couverture universelle élaborée et adoptée par l'OIT dans le cadre de la recommandation (n° 202) sur les socles nationaux de protection sociale, 2012. Sur cette base, et en prenant en compte les expériences internationales en la matière et le contexte actuel du Niger, un ensemble d'enjeux peut être déterminé et pris en compte pour l'élaboration d'une architecture de la CUS adaptée à la situation nationale du Niger et pour l'amélioration de l'offre de soins.

■ 1.1. Domaines de réflexion sur la protection sociale de santé

La question de la protection sociale de la santé est multidimensionnelle et particulièrement complexe. La mise en œuvre d'un régime offrant une couverture universelle se heurte en effet à de nombreux obstacles: charge financière lourde pour des pays encore faibles économiquement, nécessité de s'adapter à une importante diversité de catégories socioéconomiques, carences dans la répartition des services de santé. Cependant, pour surmonter ces obstacles, les pays disposent d'une palette d'approches et d'outils.

Il existe en effet de nombreux mécanismes de couverture du risque de maladie: les systèmes d'assurance sociale, les systèmes nationaux de santé publique financés par l'impôt, les systèmes d'assistance sociale, les systèmes privés d'assurance-maladie volontaire, les systèmes mutualistes et d'autres systèmes novateurs. L'expérience montre⁹ que ces mécanismes ont chacun leurs avantages et inconvénients. Si certains sont adaptés pour couvrir une catégorie donnée de la population, ils le sont moins pour d'autres groupes. Chacun présente des points forts et des points faibles dans l'offre d'une couverture durable et viable, et il appartient à chaque pays, en fonction de sa propre situation, d'établir une stratégie et de combiner au mieux les outils d'extension de la couverture.

Par ailleurs, même si plusieurs études démontrent qu'une protection de base peut être d'un coût abordable pour l'ensemble des pays, quel que soit leur niveau de revenu¹⁰, la capacité des pays à développer des mécanismes de financement nationaux durables et aptes à mettre en place une couverture universelle¹¹ représente un défi de taille.

⁸ OIT 2014: World Social Protection Report (Rapport sur la protection sociale dans le monde). Selon ce rapport récent de l'OIT sur la situation de la protection sociale dans le monde, 38,9 pour cent de la population mondiale ne bénéficie d'aucune forme de couverture légale en matière de santé. Les chiffres sont encore plus alarmants pour l'Afrique, où 80 pour cent de la population ne bénéficie pas d'une couverture légale de santé, p.102.

⁹ Voir annexe 2: expérience du Gabon, Ghana, Rwanda, Maroc et Togo

¹⁰ BIT (2008). Can low-income countries afford basic social security?. Social security policy briefings, Paper 3, Genève.

¹¹ BIT (2014). Addressing the global health crisis: Universal health protection policies, Social security policy briefings, Paper 13, Genève.

■ 1.2. La protection sociale de la santé : fondements et orientations normatives

La protection sociale de la santé constitue un droit fondamental de la personne. En effet, la *Déclaration universelle des droits de l'homme - DUDH (1948)* et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels - PIDESC (1966)* sont au fondement même de la couverture universelle de santé en droit international, qui se compose :

- du droit à toute personne «de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre»¹² ainsi que du «droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour (...) les soins médicaux»¹³;
- du droit à la sécurité sociale, y compris aux assurances sociales (PIDESC, article 9) en cas de «de maladie, d'invalidité [...] ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté» (DUDH, article 25(1));
- du droit à «des conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie» (PIDESC, article 12 (2d)).

La protection de la santé est au cœur du mandat de l'OIT depuis sa création. En effet, sa Constitution de 1919 énonce dans le préambule que l'OIT a pour but de protéger les travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents du travail. Le mandat de l'OIT en matière de santé a été étendu, d'une part, par la Déclaration de Philadelphie (1944) qui porte sur l'extension des mesures de sécurité sociale incluant les soins médicaux complets en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui en ont besoin et, d'autre part, par la Résolution et les Conclusions de la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale),¹⁴ qui demande aux pays de mettre en place une protection sociale adéquate et universelle fondée sur un socle de protection sociale prévoyant, notamment un accès aux soins de santé.

Afin exercer ce mandat, plusieurs normes de l'OIT ont été adoptées pour mettre en œuvre les idées énoncées par la Déclaration de Philadelphie. D'abord, la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944 préconise une couverture complète en matière de soins médicaux reposant sur le principe d'universalité et créant une nouvelle branche de la sécurité sociale. Ensuite, la convention n° 102 établit les normes minimums en matière de protection sociale, y compris les soins médicaux. La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 et la recommandation n° 134 qui l'accompagne constituent les normes supérieures en matière de santé. Plus récemment, la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, a intégré les soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, aux garanties élémentaires de protection sociale (voir annexe 1, Normes minimales en matière de protection sociale de la santé).

Plus précisément, la recommandation n° 69 fait des soins médicaux l'objet d'une branche distincte de la sécurité sociale et expose le principe selon lequel la nature et l'étendue des soins fournis doivent être définies par voie législative. La recommandation n° 69 préconise la garantie des soins de santé complets à tous les membres de la population, qu'ils exercent ou non une activité professionnelle (paragraphe 8); ces soins devraient être fournis soit par un service relevant de l'assurance sociale (paragraphe 9), soit par voie d'assistance sociale, soit encore par un service de santé publique. Elle énonce les principes relatifs à l'organisation et la gestion de la branche des soins médicaux :

- la couverture universelle et l'insertion sociale ;
- la responsabilité générale de l'Etat ;
- la gouvernance démocratique et transparente du système de sécurité sociale;
- la définition de la nature et de l'étendue des soins préventifs et curatifs complets par voie législative. Les soins ne doivent pas avoir de limite dans le temps, ils doivent présenter une qualité optimale et faire l'objet d'un contrôle centralisé, efficace et disponible dans l'ensemble du pays¹⁵;

¹² Article 12(1) du PIDESC

¹³ Article 25(1) de la DUDH

¹⁴ OIT (2012). La sécurité sociale pour la DUDH pour tous: La stratégie de l'Organisation internationale du Travail: mettre en place les socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale, Partie I, p.11.

¹⁵ Recommandation n° 69, Partie (I)

¹⁶ Les soins médicaux peuvent également être fournis indirectement par l'assurance sociale; des mécanismes d'assistance sociale devraient assurer des soins aux personnes qui ne sont pas assurées et qui ne sont pas en mesure d'assumer les dépenses correspondantes (Partie V). La recommandation n° 69 envisage l'assistance sociale et l'assurance sociale comme deux outils complémentaires qu'il convient de coordonner et de mobiliser simultanément, afin d'assurer la couverture de tous les membres de la société (Partie V). Les services de soins médicaux et les services de santé généraux doivent être assujettis à un contrôle, et les bénéficiaires doivent pouvoir participer à la gestion du service (partie VI).

¹⁷ La convention n° 102 définit un ensemble de règles communes concernant l'organisation collective, le financement, l'administration et la gouvernance des systèmes de sécurité sociale. L'Etat doit, de manière générale, se porter garant du versement des prestations et de la bonne administration des institutions et services concernés.

- le financement doit être collectif, c'est-à-dire qu'il doit passer par assurance sociale, l'impôt ou un système mixte (la mise en commun des ressources et de la solidarité).

En ce qui concerne la forme du service, l'objectif principal étant d'assurer un accès universel aux services de santé, la recommandation n° 69 préconise que les prestations soient assurées par un service de santé subventionné par l'Etat¹⁶.

La convention n° 102, quant à elle, établit les obligations légales contraignantes des Etats ayant ratifiée la convention et accepté la branche des soins médicaux¹⁷. C'est l'instrument international de référence qui fait du droit de la sécurité sociale une branche distincte du droit international¹⁸. La convention définit les paramètres fondamentaux de la sécurité sociale, structurée en tant qu'institution sociale, dont le seul objectif est d'assurer aux bénéficiaires et à leurs familles des conditions de vie saines et décentes tout au long de l'éventualité couverte. Tout comme la recommandation n° 69, elle impose aux Etats membres de fixer par voie législative les catégories de salariés ou les groupes de la population économiquement active dont la protection doit être assurée au titre de chacune des branches. **L'affiliation obligatoire¹⁹ des bénéficiaires** est l'une des caractéristiques permanentes des normes internationales relatives à la sécurité sociale, dans la mesure où cette formule permet une répartition des risques aussi large que possible. Justifiée par des raisons économiques, l'affiliation obligatoire répond également à un impératif juridique, qui impose de soumettre l'éligibilité aux prestations à des conditions objectives d'affiliation égales pour tous.

Pour ce qui est du financement, la convention permet le recours à diverses méthodes de manière à laisser aux Etats membres un large choix quant à la manière d'organiser, de financer et d'administrer les régimes de protection incluant les assurances sociales, l'assistance sociale ou un service public universel. Pour ce qui est de l'administration du système choisi, la législation nationale peut par exemple prévoir la participation de représentants des employeurs et des pouvoirs publics. Cette participation des partenaires sociaux à l'administration des institutions de sécurité sociale joue un rôle capital dans la bonne gestion des systèmes de protection.

Depuis 1945, la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, et la recommandation (n° 134) qui l'accompagne ont été adoptées et fixent des normes plus élevées que la convention n° 102 en matière d'éventualités couvertes, d'étendue des soins médicaux et de durée des prestations pour l'indemnité de maladie.²⁰

¹⁶ Elle regroupe en un seul instrument exhaustif et ayant force contraignante les neuf catégories de prestations (voir la note 6) considérées comme constituant le noyau dur de la sécurité sociale, et les a assujetties aux principes de gouvernance applicables aux systèmes de sécurité sociale dans leur ensemble.

¹⁷ La convention permet de recourir à **une assurance volontaire** pour garantir le niveau de protection voulu dans certaines branches, sous les conditions suivantes:

- 1) les autorités publiques doivent exercer un contrôle, ou les employeurs et les travailleurs doivent être impliqués dans l'administration du régime ;
- 2) il doit couvrir une partie substantielle des personnes dont le revenu ne dépasse pas celui de l'ouvrier masculin qualifié, et
- 3) il doit satisfaire, conjointement avec les autres formes de protection, aux dispositions de la convention qui leur sont relatives.

²⁰ Voir le tableau en annexe I pour un aperçu comparatif des normes minimales de protection de la santé

Principes de base de la protection sociale de la santé

Universalité – Toutes les couches de la population, sans aucune distinction, ont droit à la prise en charge d'un paquet de prestations de base, le plus large possible. Tous les membres de la communauté doivent pouvoir à tout moment et en tout lieu bénéficier de soins préventifs et curatifs complets, sous les mêmes conditions et sans obstacles ou entraves administratifs, financiers ou politiques, entre autres, sans rapport avec leur état de santé.

Solidarité nationale – La solidarité nationale est le fondement même de la couverture sociale universelle. Elle se caractérise par l'équité contributive et l'équité dans l'accès aux soins. Chaque individu contribue en fonction de son revenu, mais chacun a droit aux mêmes prestations en cas de maladie. Pour assurer cette solidarité par la mutualisation des ressources, la branche des soins médicaux doit être financée collectivement, de manière à assurer sa pérennité et un développement progressif apte à promouvoir la stabilité et la cohésion sociale. Des mécanismes d'exemption de cotisations pour les personnes vulnérables doivent être mis en place.

Responsabilité générale de l'Etat – La santé est un bien public et la protection sociale, un droit fondamental qui implique que l'Etat engage sa responsabilité afin de garantir sa réalisation. L'Etat joue ainsi un rôle prépondérant dans la planification et la régulation des systèmes de protection sociale. Il doit veiller à ce que ces systèmes soient cohérents, prennent en compte les besoins de toute la population et consultent les travailleurs, les employeurs et les groupements concernés de la société civile en vue de remporter leur adhésion à propos du contenu de cette protection. Par ailleurs, l'accès aux soins de santé, tant au niveau des infrastructures et de la disponibilité du personnel médical que de la tarification des services et des produits pharmaceutiques, demeurent encore fortement tributaire de l'Etat.

Implication de tous les acteurs par le dialogue social –

Le choix des prestations et des mécanismes de financement et de solidarité nationale dans le cadre de la couverture universelle est avant tout un choix de société qui implique l'ensemble des acteurs: partenaires sociaux, organisations de la société civile, prestataires de soins, etc., qui joueront aussi un rôle prépondérant dans la gouvernance et le fonctionnement de l'assurance. La mise en œuvre d'une couverture universelle nécessite également l'implication des partenaires techniques et financiers internationaux, tant pour la phase de construction du système (études, investissements) que pour son fonctionnement futur (renforcement de la qualité des services de santé, formation, transferts sociaux, etc.).

Approche fondée sur les droits – La couverture légale de la santé par un système de protection sociale devrait être instaurée par la loi. Cette législation nationale devrait définir la gamme, les conditions d'attribution et le niveau des prestations qui donnent effet à l'accès à des soins de santé essentiels, au minimum. De plus, une approche fondée sur les droits sous-entend un accès à des procédures de réclamation et de recours impartiales, transparentes, efficaces, simples, rapides, accessibles et peu coûteuses. A l'instar d'autres droits économiques, sociaux et culturels, la concrétisation du droit à la sécurité sociale se fait progressivement à la faveur du développement économique et social des Etats et des ressources financières disponibles.

Références : *Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), 1948 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), 1966 ; convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 ; convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 ; recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944 ; recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012*

■ 1.3. La norme de l'OIT pour l'extension de la protection de santé: la recommandation n° 202

En juin 2012, la Conférence internationale du Travail (CIT) a adopté une nouvelle norme internationale du travail: la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale. Celle-ci fournit aux Etats membres de l'OIT des orientations en vue d'établir des systèmes complets de sécurité sociale et d'étendre la couverture de la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas encore couverts, aux personnes pauvres et aux plus vulnérables, notamment les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Elle vise ainsi à garantir que tous les membres de la société bénéficient au moins d'un niveau minimal de sécurité sociale tout au long de leur vie.

La recommandation n° 202 fournit un cadre de référence basé sur les droits pour la mise en œuvre d'une couverture universelle de santé au Niger qui s'inscrit dans la réalisation de la première garantie élémentaire du socle national de protection sociale. Cette garantie est défini comme un «accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui réponde aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité» (para. 5(a)). Suivant ce cadre conceptuel, la CUS devrait permettre à tous les résidents et enfants (recommandation n° 202, para.6) nigériens, sans discrimination, d'accéder au moins à des soins de santé essentiels abordables, disponibles et de bonne qualité. Quant à l'accès aux soins de santé, les personnes ayant besoin de ces soins «ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables» (para. 8(a)).

Dans l'approche développée par l'OIT, la réalisation de la couverture universelle s'effectue selon les étapes suivantes²¹:

1. l'évaluation des déficits;
2. le développement d'un plan national d'extension de la couverture, qui doit permettre de coordonner les mécanismes existants de financement de la santé en vue d'assurer l'universalité de l'accès dans un laps de temps adéquat, la prestation efficace et effective de soins de santé de qualité et de la protection financière, ainsi que la bonne gouvernance fondée sur la pérennité financière, budgétaire et économique;
3. le renforcement des capacités nationales.

L'objectif ultime des normes de l'OIT pour l'extension de la protection sociale de la santé est d'élargir la couverture pour parvenir à l'accès universel à des soins de santé abordables et de qualité adéquate, ainsi qu'à une protection financière en cas de maladie²². Cette couverture englobe les dimensions pertinentes de l'accès efficace aux soins de santé. Cela comprend, au-delà de la couverture de la population par la législation, la disponibilité des services, l'accessibilité, la qualité (recommandation n° 202, para. 5(a)) et la protection financière (recommandation n° 202, para 8(a)). Ci-après se trouve un aperçu de ces éléments fondamentaux de l'extension.

1.3.1. Couverture

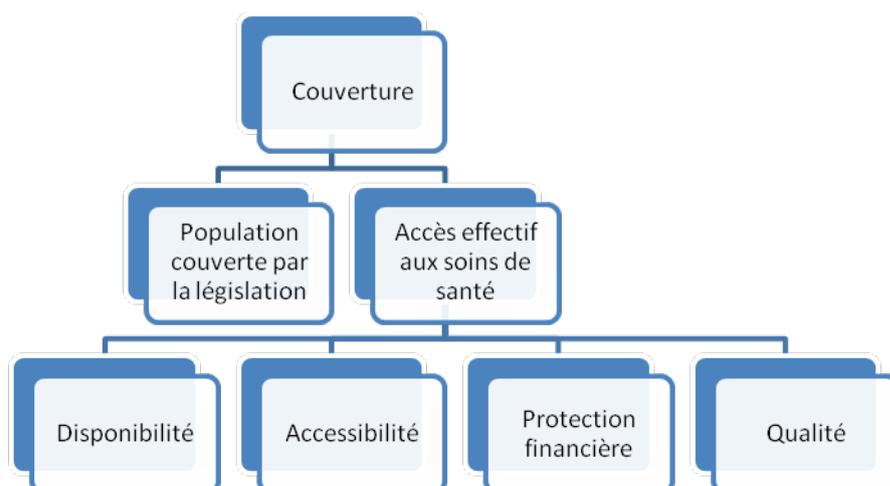
Pour être efficace, la couverture universelle doit assurer l'accès aux soins à tous les résidents et enfants (R. 202 Para. (6)), quel que soit le mécanisme de financement dont ils dépendent. Cela n'empêche pas que les politiques nationales de santé se concentrent, au moins temporairement, sur des groupes prioritaires, comme les femmes ou les personnes pauvres, dans le chemin vers la mise en œuvre ou l'extension de la protection sociale de la santé. Les normes internationales permettent une **application progressive**²³ du droit en tenant compte des circonstances nationales, sans pour autant perdre de vue leur responsabilité de tendre vers la couverture universelle.

²¹ OIT (2009). How to achieve universal coverage and adequate benefit levels in health care, Tripartite Meeting of Experts on Strategies for the Extension of Social Security Coverage.

²² Voir section 1.2 sur les normes internationales de protection de la santé.

²³ L'un des objectif de la recommandation n° 202 est de fournir des orientations aux Etats membres pour «mettre en œuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale qui assurent progressivement des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus grand nombre de personnes possible, selon les orientations données par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale» (para. 1(b)). De plus, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, dans son observation générale 14 (Para.31), a défini la réalisation progressive des questions de santé comme le fait «que les Etats parties ont pour obligation précise et constante d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour appliquer intégralement» l'article 12 du PIDESC garantissant le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Tableau 1 Couverture universelle de santé



Source: ILO 2014. *Universal Health Protection: Progress to Date and the Way Forward (Protection universelle en matière de santé: les progrès réalisés et la voie à suivre)*

1.3.2. Accès effectif

La couverture effective, par rapport à la couverture légale, mesure la disponibilité physique, financière et géographique des services. L'OIT préconise que les paquets de services de santé mis à la disposition de la population couverte soient définis en vue de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé, tout en garantissant la capacité à travailler et la satisfaction des besoins de soins de santé²⁴. Les critères clés de développement des paquets de services comprennent la typologie et la charge de la maladie, l'efficacité des interventions, et la demande et la capacité de paiement de l'utilisateur. L'accès effectif comprend l'accès aux services de santé et la protection financière, qui s'avère cruciale pour éviter l'appauvrissement lié aux dépenses de santé²⁵.

1.3.3. Accessibilité

L'accessibilité des services renvoie entre autres à l'absence d'obstacles financiers à l'accès aux services de santé pour les individus, les groupes d'individus et la société dans son ensemble (recommandation n° 202, para. 8(a)26).

L'accessibilité de certains groupes spécifiques, principalement les personnes pauvres, vise à éviter la pauvreté liée à la santé. Ce concept devrait être défini par le rapport entre la partie maximale du coût des soins de santé nécessaires et le revenu du ménage net du coût de subsistance; par exemple, les coûts des soins de santé pourraient être considérés comme accessibles s'ils représentent moins de 40 pour cent du revenu du ménage après déduction des besoins de subsistance (nourriture et logement de base)²⁷.

L'accessibilité macroéconomique concerne la marge de manœuvre budgétaire qui peut être dégagée pour financer un niveau de dépenses permettant d'assurer l'accès universel à des services de qualité et adéquats sans compromettre les performances économiques ou d'autres services essentiels (comme les transferts monétaires, l'éducation sociale, la sécurité intérieure). Les niveaux de dépenses nécessaires dépendent de l'état de santé de la population, de la disponibilité des

²⁴ Convention n° 102, article 10; convention n° 130, articles 8-9; recommandation n° 69 para. 1. Voir aussi Annexe 1 Tableau 5. Normes minimales en matière de protection sociale.

²⁵ OIT (2014). *Universal Health Protection: Progress to Date and Way Forward*. P.43-45

²⁶ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para 12(b) définit le critère d'accessibilité et ses quatre dimensions à savoir: non-discrimination, accessibilité physique, accessibilité économique, accessibilité de l'information.

²⁷ Obermann, K.; Scheil-Adlung, X. 2013, ESS PAPER 39. *Costing an essential health care benefit package within the national floors of social protection framework: An innovative ILO approach for countries with limited availability of reliable data* (Genève, OIT) p. 11.

infrastructures, du niveau des prix des services et de l'efficacité de la prestation des services. L'OIT ne préconise pas de critères précis pour les dépenses publiques de santé et elle reconnaît les critères de dépenses de santé adoptés par d'autres organisations et commissions telles que la Banque mondiale et la Commission Macroéconomie et Santé (CMS) de l'OMS.

1.3.4. Qualité

La notion de qualité se réfère à plusieurs aspects, et notamment²⁸ :

- aux interventions médicales, par exemple, conformité avec les directives médicales ou les protocoles mis au point par l'OMS ou d'autres institutions ;
 - aux services liés à la santé, par exemple, l'éthique, la confidentialité, le respect de l'égalité et de la culture, ou encore le choix du prestataire et les délais d'attente ;
 - à l'administration et à la gestion des systèmes et régimes de protection sociale de la santé, par exemple la responsabilisation, la transparence et la participation.
- Dans tous les cas, la qualité est fortement liée à la disponibilité de ressources financières et humaines suffisantes.

1.3.5. Protection financière²⁹

La protection financière porte sur le risque d'appauvrissement du fait de dépenses de santé catastrophiques, comme les paiements des prestations par les usagers et des frais de transport en direction des établissements de soins de santé, notamment dans les zones rurales. Ainsi, la protection financière comprend la minimisation des paiements directs par les usagers et la compensation pour la perte de revenu liée aux activités rémunérées.

■ 1.4. Aspects à examiner dans la définition et la mise en œuvre d'un système de couverture universelle

Les questions abordées ci-dessous correspondent aux principaux aspects à traiter dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre du système de couverture universelle au Niger eu égard à la fois aux principes et orientations issus des normes internationales³⁰ et à ceux exprimés dans les politiques nationales sur la santé.³¹

1.4.1. Quel sera le périmètre de la couverture ?

Le périmètre de la couverture englobe le panier de soins couvert, mais aussi la part des dépenses couverte au sein de ce panier. La réflexion sur le périmètre de la couverture est primordiale pour la réussite - ou l'échec - du système. Elle en déterminera notamment l'utilité, la viabilité économique et les actions d'accompagnement à mettre en œuvre.

Le panier de soins

Le panier de base est l'ensemble des soins, préventifs et curatifs, des médicaments et des dispositifs médicaux considérés comme fondamentaux et prioritaires et dont la prise en charge collective sera garantie par le système de couverture. Ce panier pourra porter sur les services de santé du premier au troisième niveau de la pyramide sanitaire (voir 2.3).

Il est nécessaire de définir un panier de base, car un système couvrant toute la population ne pourra financer toutes les dépenses de soins. Pour être économiquement réaliste (régime financé essentiellement par les ressources nationales: cotisations des assurés et solidarité nationale), le panier de base devra se focaliser sur des soins essentiels pour tous. Autrement dit, le régime de base devra financer «l'essentiel» et pour ce faire, sa définition devra obéir à un certain nombre de règles reposant notamment sur:

- des critères de définitions – utilité médicale, efficacité thérapeutique, efficience;
- les valeurs sociétales – solidarité, équité (dans l'accès aux soins, dans l'efficacité et dans la répartition des ressources), éthique;
- les ressources disponibles – capacités contributives, ressources nationales;

²⁸ Recommandation n° 69 Partie IV: La qualité du service fournit des orientations quant au niveau optimal du service de soins médicaux, au choix du médecin, à la continuité des soins, aux conditions de travail, au statut des médecins et des membres des professions connexes, et aux conditions d'habileté et de connaissances professionnelles, afin d'assurer la qualité des soins dispensés par les prestataires.

²⁹ Recommandation n° 202 article 8(a): «les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. La gratuité des soins médicaux prénatals et postnatals devrait également être envisagée pour les personnes les plus vulnérables». Voir aussi le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Paragraphe 12 (b).

³⁰ Voir annexe 2 sur les engagements et obligations juridiques du Niger en matière de couverture universelle de santé

³¹ Voir chapitre 2.4 «Politiques et acteurs» pour un aperçu des politiques et stratégies nationales en matière de santé. Ces politiques incluent la Politique nationale de protection sociale (PNPS), le Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015, le Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015, entre autres.

- la maîtrise des dépenses de santé;
- les capacités de gestion techniques – mécanismes de prise en charge et de contrôle adapté aux ressources humaines et technologies disponibles.

Le risque financier couvert

La couverture de la santé a pour but de protéger la population contre le risque financier lié à la maladie. Ce risque correspond au montant de dépenses à partir duquel un ménage ne peut plus financer seul les soins et doit recourir à l'entraide, la solidarité ou l'emprunt, voire renoncer aux soins. Selon les normes internationales définissant les paramètres de l'accès effectif à la protection sociale de la santé, dont la recommandation n° 202³², les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. Il s'agit donc de déterminer à partir de quel niveau de dépenses l'obstacle financier empêche l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus pauvres (pour lesquelles le risque financier peut être intégralement couvert).

La détermination de ce risque permettra de limiter les contours de la prise en charge des dépenses de soins à l'intérieur du panier de base, ainsi que de déterminer les modes de co-paiement les mieux adaptés et les plus équitables (ticket modérateur, franchise, forfait), mais susceptibles de générer une économie de dépenses pour l'assurance. Le périmètre de la couverture devra également être un outil de régulation de la demande (modération de la consommation) et de respect des régimes de référence à l'intérieur de la pyramide sanitaire.

Les modalités de prise en charge

Les modalités généralement pratiquées sont décrites ci-après.

- Le tiers-payant: les soins sont facturés à l'assureur qui paie le prestataire de soins.
- Le remboursement: l'assuré avance les dépenses de soins et se fait rembourser par l'assureur.
- La capitation: l'assureur verse au prestataire, pour une période donnée et en début de celle-ci, un montant convenu par patients assurés attendus pour cette période.

Ces mécanismes s'accompagnent ou non d'un co-paiement à la charge des patients (ticket modérateur, franchise, forfait). Le choix des modalités de prise en charge influe fortement sur la gestion technique du système ainsi que sur l'efficacité de la couverture.

1.4.2. Unicité ou pluralité de dispositifs ?

Cette question doit être traitée sous plusieurs angles:

Un ou plusieurs produits d'assurance ?

Le système de couverture de la santé devra prendre en charge toute la population. La protection apportée pourra se faire de deux façons (décrites ci-après).

- **En proposant un produit unique:** un panier de soins de base est conçu et proposé à toutes les catégories socioéconomiques. Dans ce cas, le panier doit en premier lieu être adapté aux besoins et moyens des populations les plus pauvres. Cette option est celle qui mobilise le plus fortement la solidarité au niveau national: les plus riches acceptant de cotiser plus pour une même couverture que les plus pauvres, qui cotiseront moins, alors même que les premiers pourraient cotiser entre eux pour bénéficier d'une couverture plus large. Cependant, dans le cadre d'un panier de base unique géré par la couverture universelle de santé, des produits complémentaires et volontaires peuvent être proposés par des assurances privées ou des mutuelles de santé.
- **En proposant plusieurs produits,** chacun offrant un panier de soins (dont la définition répond aux mêmes critères que ceux énoncés plus haut), et la cotisation conséquente, adaptée à la capacité contributive d'un groupe socioéconomique donné. Ainsi, les travailleurs salariés du secteur formel peuvent cotiser pour une couverture incluant l'offre de soins privée et certains médicaments de marques, alors que les plus pauvres se voient proposer une couverture plus réduite (offre de soins publique et médicaments génériques).

³² Recommandation n° 202, paragraphe 8(a) ; L'Observation générale No.14, para.12

La réponse à cette question est un véritable choix de société qui repose sur la nécessité d'un dialogue social entre l'Etat, les partenaires sociaux et la société civile.

Un ou plusieurs régimes ?

Un régime est un ensemble de règles, soutenu par une ou plusieurs institutions (les régimes ne sont pas des institutions; une institution pouvant administrer plusieurs régimes), administrant les prestations de protection sociale ainsi que leur financement. Un régime de couverture de la santé correspond donc à un ensemble d'avantages (prestations de soins) octroyés au titre de l'assurance et moyennant un ensemble de contreparties (paiement de cotisations, modalités d'affiliation). En d'autres termes, chaque catégorie socioéconomique peut donner lieu à la définition d'un régime spécifique (obligatoire/volontaire, un ou plusieurs paniers de soins, subventions).

Un ou plusieurs assureurs ?

La notion d'assureur se définit en partie par la gestion du risque. Un régime national de protection sociale de santé peut reposer sur un assureur unique (par exemple, une caisse nationale qui définit un régime de base et en assume les résultats) ou plusieurs assureurs (exemple: en Inde, la loi impose aux assureurs privés d'inclure dans leur portefeuille un certain pourcentage de ménages pauvres en leur proposant un panier de soins adapté). La stratégie retenue à ce niveau est déterminante. Elle repose en grande partie sur l'existence préalable de dispositifs d'assurance-maladie et sur la disponibilité de capacités de gestion aux niveaux local, régional et national.

Un ou plusieurs dispositifs de gestion ?

L'assurance-maladie regroupe une diversité de métiers liés à la gestion du risque, à l'ingénierie d'assurance, à l'affiliation, au recouvrement, au contrôle, au système d'information, etc. Tous ces métiers peuvent être:

- concentrés dans un même dispositif, par exemple une Caisse nationale d'assurance-maladie; ou
- être répartis entre plusieurs acteurs, par exemple un assureur national (organes de définition du produit d'assurance et de gestion du risque), des mutuelles de santé, des assureurs privés et autres organisations (affiliation, recouvrement), des structures de traitements des dépenses de soins, de paiements, etc. Les variantes possibles sont ici particulièrement nombreuses.

1.4.3. Quelle gouvernance ?

La responsabilité de l'Etat est l'un des principes énoncés plus haut. L'Etat est le garant des principes fondamentaux de la protection sociale (solidarité, justice sociale) en général et de la couverture de la santé en particulier. Il l'est aussi en matière de santé publique et d'économie nationale. Cependant, l'Etat peut-il être le seul décideur et gestionnaire d'un système de couverture de la santé universelle? Probablement pas, d'autant plus que l'implication de tous les acteurs est un autre grand principe de ces systèmes.

La question de la gouvernance devra être étudiée sous différents angles, tels que décrits ci-après.

- La représentativité: la gestion tripartite Etat, Travailleurs et Employeurs est classique, mais limitée dans un contexte où l'économie informelle est prédominante. Il faudrait par conséquent y associer la société civile.
- La proximité: la gouvernance par les instances nationales (fédérales, centrales, etc.) représentatives de l'ensemble des acteurs risque d'être distante des préoccupations de tous les assurés de l'ensemble du territoire.
- L'efficacité: la participation de tous les acteurs locaux, régionaux et nationaux à un centre de décision national risque d'être «budgétivore», notamment en termes de déplacements. Une représentation échelonnée (locale, régionale, nationale) sera probablement plus efficace.

1.4.4. Assurance-maladie obligatoire (AMO) ou assurance-maladie volontaire (AMV) ?

Il n'est de meilleure solidarité que celle qui est imposée. L'AMO serait donc le meilleur choix pour une assurance universelle couvrant toute la population, mais elle ne va pas sans poser de défi: si un régime obligatoire existe déjà pour les agents publics et assimilés, grâce notamment à la possibilité de prélever les cotisations à la source, il est délicat d'étendre ces régimes à l'économie informelle.

Cette dernière se caractérise en grande partie par des revenus irréguliers, peu bancarisés et sans payeur identifié. Pour mettre en œuvre un régime obligatoire pour l'économie informelle, il faudrait identifier des mesures d'incitation et de coercition afin d'obliger chaque ménage à cotiser régulièrement.

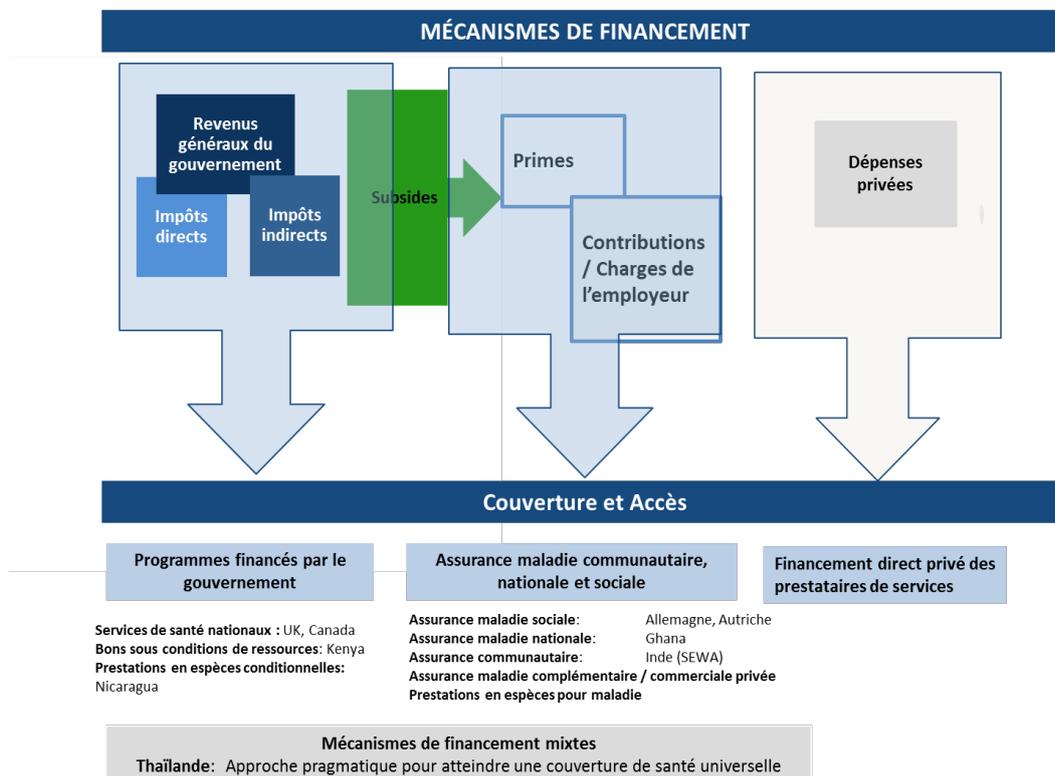
1.4.5. Quels mécanismes de financement ?

La question des mécanismes de financement des dépenses de soins à mettre en place est cruciale pour la pérennité du système de couverture de la santé. Un financement par les seules cotisations des ménages n'est pas envisageable en raison de la rareté des ressources (faible capacité contributive des ménages), sauf à proposer un panier de soins très réduit, et donc peu attractif. A l'inverse, un financement reposant uniquement sur l'impôt ou d'autres ressources de l'Etat pourrait représenter une charge

difficilement supportable pour l'espace budgétaire. Comme souligné plus haut, la combinaison des différents mécanismes de financement peut permettre à chaque pays de définir une solution adaptée. La question des mécanismes de financement doit être abordée sous plusieurs angles, tels que décrits ci-dessous.

- Quelle sera la contribution des différents groupes socioéconomiques ? Cette question amènera à identifier préalablement ces différents groupes afin de déterminer leur capacité contributive.
- Quel sera le financement de l'Etat ? Pour des raisons de solidarité et d'équité, tous les groupes socioéconomiques ne pourront pas cotiser à hauteur du montant qui sera calculé en fonction du panier de soins. L'Etat devra organiser des mécanismes de solidarité nationale (transferts sociaux nationaux) par l'entremise d'un financement par l'impôt, les taxes ou autres ressources mobilisables au sein de l'espace budgétaire. Le rôle de l'Etat dans le financement de la couverture universelle devra être évalué à terme afin de mesurer son impact sur l'équilibre des finances publiques (projections actuarielles).
- Quel sera le lien avec les différents programmes verticaux dans le domaine de la santé (VIH/SIDA, prise charge des césariennes, etc.) ? Deux approches sont a priori possibles :
 - ces programmes sont mis à part, ce qui signifie que les pathologies et services couverts par ces programmes sont exclus du panier de soins de l'assurance ;
 - ces programmes sont inclus dans l'assurance, avec pour conséquence que celle-ci reçoit les financements de ces programmes et diminue d'autant les cotisations demandées aux ménages.
- Quelle sera la part des transferts sociaux internationaux ? De plus en plus de mécanismes de transferts sociaux s'organisent au niveau mondial pour la prise en charge sanitaire et/ou alimentaire des enfants, la couverture de certaines pathologies, l'accès à l'école. Les transferts financiers internationaux pour la santé peuvent être captés par l'assurance, mais celle-ci devra être en mesure de distinguer les financements à court terme de ceux plus pérennes, et adapter ses programmations budgétaires en conséquence.
- Enfin, reste la question des transferts de la diaspora, qui constitue l'un des flux financiers les plus importants vers certains pays d'Afrique. Le paiement des cotisations des familles au pays par les ressortissants à l'étranger pourrait être une mesure d'inclusion du plus grand nombre de ménages de l'économie informelle dans le système de couverture universelle.

Tableau 2 **Vue d'ensemble des mécanismes de financement de la santé**



| 2 |

CONTEXTE ET DÉFIS DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE LA SANTÉ AU NIGER

2. CONTEXTE ET DÉFIS DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DE LA SANTÉ AU NIGER

La mise en place d'une couverture universelle de la santé est inscrite dans les objectifs et axes d'intervention des cadres de développement et des documents de politiques et stratégies du Niger. Selon les Comptes nationaux de la santé 2008-2009³³, les ménages demeurent la principale source de financement de la santé. Ils ont financé 41,76 pour cent de la dépense nationale de santé en 2008 et 42,70 pour cent en 2009, dont seulement 2 pour cent de ces charges pour les ménages passaient par un système d'assurance-maladie. Le total des formes de protection sociale de santé (hors mécanismes de gratuité) ne représentait que 5,97 pour cent des dépenses nationales en 2009, dont seulement 2,17 pour cent passant par l'assurance privée et les mutuelles de santé. Les sections suivantes passent en revue les politiques et stratégies nationales en matière de santé afin de dégager la vision nationale, et proposent une analyse critique des dispositifs en place pour répondre aux besoins sanitaires de la population nigérienne.

■ 2.1. Politiques et stratégies nationales

2.1.1. Plan de développement économique et social (PDES) 2012-2015

Le PDES prévoit des actions de réponse à la demande de santé et l'amélioration de l'accès aux soins de santé, tel que le prévoit son axe 5 concernant la : promotion du développement social. Dans le domaine de la santé, cet axe s'appuie sur les orientations du Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015 et vise à promouvoir l'amélioration de la santé de la population, en vue d'atteindre les OMD en matière de santé.

De manière spécifique, il vise à offrir des soins et services de qualité à la population, en particulier aux groupes vulnérables. Les actions prioritaires en matière de gestion et de financement du système de santé prévoient notamment le soutien des stratégies spécifiques permettant de faciliter l'accessibilité financière des soins aux couches les plus vulnérables de la communauté afin, à terme, d'organiser un système d'assurance-maladie universelle dont le but sera de garantir les services et soins de santé essentiels à la majorité de la population.

La CUS participe à l'atteinte des objectifs du PDES présentés ci-dessous.

- «L'équité et l'égalité des citoyens face à l'accès aux services publics sont garanties, par le renforcement de l'état de droit, la garantie et l'amélioration des services publics aux citoyens sur l'ensemble du territoire et l'élimination des différentes formes de discrimination».
- «Le niveau de développement social est significativement amélioré, notamment en assurant un meilleur accès des populations aux services sociaux de base et en mettant en œuvre une politique de protection sociale avec un plan d'action approprié pour les populations les plus vulnérables».

2.1.2. Plan de développement sanitaire (PDS) 2011-2015

Le PDS 2011-2015 a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la santé de la population en vue d'atteindre les OMD en matière de santé. Son objectif spécifique est d'offrir des soins et services de qualité à la population, en particulier aux groupes vulnérables. Pour atteindre cet objectif, 8 axes prioritaires ont été définis :

- l'extension de la couverture de la santé ;
- le développement des services de santé de la reproduction ;
- la dotation des structures sanitaires en ressources humaines adaptées, compétentes et motivées ;
- la disponibilité permanente de médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés ;
- l'intensification de la lutte contre les maladies faisant l'objet d'une surveillance intégrée ;
- le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé ;
- le développement des mécanismes de financement du secteur de la santé ;
- la promotion de la recherche en santé.

Les axes prioritaires du PDS sont déclinés en stratégies d'intervention, activités prioritaires et interventions à haut impact et indicateurs de résultats. Sur cette base, les structures opérationnelles de la pyramide sanitaire ont élaboré des plans quinquennaux de développement (notamment les plans de développement sanitaires de district et régionaux) fixant leurs

³³ Ministère de la Santé publique, OMS, Comptes nationaux de la santé, exercice 2008-2009, Niamey, décembre 2011.

objectifs et activités. Ces plans sont eux-mêmes déclinés en programmes d'activités annuels (PAA) réunis au sein d'un PAA national qui compile toutes les actions/activités prévues au niveau des districts sanitaires, des régions, des directions centrales techniques et des établissements autonomes. Ces activités de planification sont coordonnées par la Direction des études et de la planification (DEP) du MSP. Il s'agit d'un processus de planification lourd qui handicape l'efficacité du PDS.

Le PDS s'accompagne par ailleurs d'un cadre de dépenses sectorielles à moyen terme (CDSMT) qui englobe la totalité des ressources disponibles pour la santé. Le CDSMT 2011-2015 estime à 168,72 milliards de FCFA le financement public moyen annuel à consacrer à la santé afin d'atteindre les objectifs sectoriels.

La mise en œuvre et le financement du PDS reposent sur les ressources internes du Niger ainsi que l'appui des partenaires techniques et financiers (PTF). Dans ce cadre, un protocole d'accord, le COMPACT, a été élaboré et signé en avril entre le gouvernement et plusieurs PTF dont la Banque mondiale, la Coopération technique belge (CTB), la Coopération italienne, le FNUAP, l'Agence espagnole pour la coopération internationale et le développement (AECID) et l'UNICEF. Le COMPACT vise à renforcer les capacités du MSP, le partenariat avec ses partenaires et la mobilisation et l'utilisation des ressources pour la réalisation du PDS.

Les PTF interviennent au sein du COMPACT suivant trois modalités possibles :

- l'appui budgétaire global (Union européenne, Banque mondiale);
- l'appui budgétaire sectoriel par le biais d'un fonds commun extrabudgétaire existant (Banque mondiale, Agence française de développement, AECID, UNICEF, et Gavi Alliance) ;
- l'appui par le biais d'un projet : coopérations belge, allemande, luxembourgeoise, italienne, espagnole, japonaise, ONUSIDA, OMS, Union européenne et diverses ONG (Médecins sans frontières, Save the Children).

Plusieurs PTF sont par ailleurs membres du cluster santé dont l'objectif, face aux crises multiformes qui fragilisent le Niger, est de contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des incapacités évitables liées aux urgences sanitaires, ainsi qu'au renforcement de la résilience des communautés et du système de santé. Ce cluster vise à organiser un ensemble d'actions prioritaires, parmi lesquelles :

- approvisionnement en médicaments, intrants et équipements médicaux, y compris les intrants de santé reproductive ;
- renforcement des capacités qualitatives et quantitatives du personnel de santé et des services de référence pour l'accès aux soins de santé primaires, secondaires et tertiaires ;
- appui à la continuité de la gratuité des soins pour les groupes vulnérables ;
- renforcement de la prise en charge dans le domaine de la santé reproductive (dispositif minimum d'urgence, soins obstétricaux et néonataux, réduction de la transmission du VIH et prise en charge des cas de violences sexuelles) ;
- mise à disposition de cliniques mobiles pour les zones à faible accessibilité géographique ;
- actualisation et mise en œuvre des plans de préparation et de réponse aux principales épidémies (méningite, choléra, rougeole, paludisme).

2.1.3. Politique nationale de protection sociale (PNPS)

Adoptée en 2011, la PNPS a pour objectif général de «contribuer à l'atténuation de la vulnérabilité des groupes défavorisés et d'aider les populations à faire face aux risques les plus significatifs de la vie». Les trois axes de la PNPS suivants concernent la CUS.

- **Axe 1** : sécurité sociale, travail et emploi, qui prévoit la réalisation d'une étude de faisabilité pour la mise en place d'un système d'assurance sociale/assurance-maladie universelle et l'appui de l'extension et du suivi des mutuelles de santé, notamment communautaires.
- **Axe 2** : services sociaux et infrastructures sociales de base, qui vise à poursuivre l'application et l'extension des mesures de gratuité des soins, tel que prévu dans le PDS.
- **Axe 3** : actions spécifiques en faveur des groupes les plus vulnérables. Cet axe reprend l'objectif de renforcement de la gratuité des soins en l'étendant aux personnes âgées et démunies grâce à la mise en place d'un fonds social pour le secteur de la santé.

³³ Ministère de la Santé publique, OMS, Comptes nationaux de la santé, exercice 2008-2009, Niamey, décembre 2011.

Il convient de noter que l'axe 1 de la PNPS, qui porte sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, promeut des mécanismes de sécurisation des producteurs par la création de mutuelles de producteurs ruraux (agriculteurs, éleveurs, artisans, travailleurs dans des domaines spécifiques) intégrées dans les organisations paysannes existantes (GIE, groupements, coopératives, fédérations). Il rejoint ainsi l'axe 2, qui vise l'extension et la diversification des systèmes de mutualisation pour le secteur informel et le monde rural, afin de faciliter l'accès à certains services sociaux de base (santé, microcrédit, intrants agricoles, etc.).

2.1.4. Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS)

Adoptée en 2012, la SNFS a pour objectif de développer des mécanismes de financement de la santé en vue d'atteindre une couverture universelle des soins et services de santé. Les axes prioritaires d'intervention sont les suivants :

- améliorer la mobilisation des ressources internes ;
- améliorer la mobilisation des ressources externes ;
- promouvoir le développement des mutuelles de santé ;
- promouvoir le développement de l'assurance-maladie ;
- mettre en place un Fonds social de santé.

■ 2.2. Dispositifs de protection sociale de la santé disponibles au Niger

Trois grands mécanismes de couverture ont été recensés dans le cadre de ces comptes nationaux, à savoir :

- la prise en charge des dépenses de soins de santé des salariés et de leurs dépendants par le secteur public et le secteur formel privé (3,8 pour cent de la dépense nationale de santé en 2009) ;
- l'assurance-maladie privée (1,53 pour cent) ;
- les mutuelles de santé complémentaires du secteur public et de certaines entreprises parapubliques et privées, ainsi que
- les mutuelles au premier franc au sein de l'économie informelle et du monde rural (0,64 pour cent).

A ces mécanismes, il faut ajouter les mesures de gratuité des services mis en œuvre depuis 2006. Le tableau ci-dessous résume les différents dispositifs et programmes existant au Niger.

Cette revue rapide montre que la protection sociale de santé est fragmentée et embryonnaire, et qu'elle ne touche encore, pour ce qui concerne les mécanismes d'assurance, qu'une faible partie de la population. Une estimation du ministère de la Santé publique de 2013 donne les niveaux de couverture de la population par les différents mécanismes.

- Mutuelles (professionnelles et communautaires) et assurances privées : 3 pour cent de la population
- Prise en charge des agents de l'Etat : 0,5 pour cent
- Gratuité des soins : 20 pour cent³⁴

Même si les niveaux de couverture des systèmes d'assurance sont faibles, ceux-ci constituent un début d'expérience pour le Niger et permettent de tirer de multiples enseignements.

³⁴ MSP, Stratégie de financement de la couverture de la santé, Ouagadougou, février 2013 (présentation PowerPoint)

Tableau 3 Dispositifs de protection sociale de la santé au Niger

Type de régime	Organisme gestionnaire	Population cible	Présentation	Financement	Cadre juridique
Régime non contributif catégoriel	État	Fonctionnaires, militaires et forces de sécurité	Prise en charge des frais d'hospitalisation à hauteur de 80 pour cent.	Budget de l'Etat	Loi 2007-26 du 23 juillet 2007 portant statut général de la fonction publique de l'Etat
	Entreprises Assurances privées	Salariés relevant du Code du travail	Tout employeur doit assurer un service de santé au travail aux travailleurs et à leurs familles En fonction du nombre de salariés : • Conventions avec l'offre de soins pour visites médicales • Convention avec des assurances privées : prise en charge à 80 pour cent des hospitalisations et consultations	Budget de l'Etat	Loi 2012-45 du 25 septembre 2012 portant Code du travail de la République du Niger
	Comités d'établissement	Travailleurs des établissements publics et de certaines entreprises privées et parapubliques	Prises en charge de dépenses de santé	Cotisations des travailleurs et employeurs	
Assurance sociale	Mutuelles sociales professionnelles	Travailleurs de certains corps de l'administration et entreprises publiques, parapubliques et privées (armée, douane, police, SONITEL, SNTN, SNTV, etc.)	Mutuelles de santé complémentaires	Cotisation des adhérents	
Assurance sociale	Mutuelles sociales communautaires	Ménages de l'économie informelle urbaine et du monde rural	Mutuelles de santé au premier franc	Cotisations des adhérents	Loi n°2008-10 du 30 avril 2008 portant sur l'adaptation des mutuelles au contexte du développement Règlement UEMOA
Assistance		Enfants de 0-5 ans, femmes enceintes, personnes handicapées, personnes vivant avec le VIH/SIDA, indigents	Gratuité des soins pour : • Enfants de 0-5 ans • Césariennes • Planning familial • Consultations prénatales • Cancers gynécologiques • Antirétroviraux • Hospitalisation des personnes handicapées • Indigents	Budget de l'Etat Aide internationale	Politique de soins de santé primaire (adoptée en 2002)

2.2.1. Couverture des agents de l'Etat

Les agents de l'Etat bénéficient de la prise en charge par l'Etat de 80 pour cent de leurs frais d'hospitalisation et des examens en hôpital public. En revanche, les dépenses en pharmacie, les consommables médicaux, les examens complémentaires (radios, échographies, etc.) ainsi que les dépenses de santé du privé ne sont pas couverts. Certains agents de l'Etat bénéficient d'un taux de prise en charge plus élevé : 90 pour cent pour les agents du ministère de la Santé et 100 pour cent pour les magistrats. Les professionnels de santé travaillant dans les hôpitaux ayant le statut d'EPA (établissements publics à caractère administratif) bénéficient souvent d'un taux de prise en charge plus élevé (100 pour cent) sur leur lieu de travail (et 80 pour cent ailleurs). Les procédures de prise en charge sont lourdes pour les bénéficiaires et le recouvrement des dépenses de santé est long et incertain pour les prestataires de soins. Une mutuelle de santé complémentaire pour les agents de l'Etat du Niger est en cours de création.

2.2.2. Couverture des travailleurs relevant du Code du travail

Les travailleurs du secteur privé formel et leurs familles bénéficient de plusieurs formes de couverture de leurs dépenses de santé qui varie d'une entreprise à une autre, selon les moyens et la volonté de l'employeur.

- Ils peuvent accéder à des tarifs préférentiels aux services des centres médicaux sociaux de la Caisse nationale de sécurité sociale (un centre par région).
- Certaines entreprises et sociétés disposent de leur propre structure sanitaire et/ou d'un mécanisme d'assurance-maladie interne. Dans des établissements publics, parapublics et privés, des comités d'établissement gèrent un fonds social alimenté par les cotisations des travailleurs et employeurs afin de prendre en charge les dépenses de santé.
- Enfin, des entreprises assurent leur personnel auprès de compagnies d'assurance privées. Plusieurs compagnies d'assurance sont agréées au Niger pour la branche maladie, dont les quatre principales sont : la Nigérienne d'assurance et de réassurance (NIA), la Compagnie d'assurance et de réassurance du Niger (CAREN), l'Union générale des assurances du Niger (UGAN) et la Société nigérienne d'assurance et de réassurance (SNAR-LEYMA). Ces sociétés pratiquent le remboursement des factures de soins de santé avec des règles très strictes et des délais qui peuvent être importants.

Il faut aussi souligner que, malgré les obligations du Code du travail, certaines entreprises privées ne pratiquent aucune forme de couverture médicale en absence de mécanisme d'inspection de la conformité des entreprises en matière d'assurance-maladie pour leurs employés et leurs familles, la couverture effective de l'économie formelle est donc difficile à évaluer avec précision.

2.2.3. Mutuelles complémentaires du secteur public et du secteur privé formel

Certains corps de l'administration ainsi que les travailleurs d'entreprises publiques, parapubliques et privées (notamment : l'armée, les douanes, l'Office nationale des Postes et de l'épargne, la Société nigérienne de l'électricité, la Société nationale des transports du Niger, etc.) ont mis en place des mutuelles qui complètent la prise en charge des dépenses des soins de santé. Ces mutuelles, dites professionnelles, développent d'autres prestations telles que l'allocation décès, les aides financières en cas de sinistre et les indemnités de retraite.

2.2.4. Economie informelle et monde rural

En l'absence de mécanismes de mutualisation du risque maladie au niveau national, des initiatives communautaires ou socioprofessionnelles se sont développées sous la forme de mutuelles de santé en vue d'assurer une couverture de santé volontaire. Il existerait actuellement une vingtaine de mutuelles fonctionnelles couvrant 5 930 bénéficiaires³⁵, soit près de 300 bénéficiaires par mutuelle. Cependant, comme le montre l'expérience de la mutuelle de santé de Say (voir encadré plus bas), ce chiffre semble indiquer le nombre de bénéficiaires inscrits et non celui, nettement inférieur, des bénéficiaires effectifs à jour de cotisations et ayant droit aux prestations. Ces mutuelles ne prennent en charge que le petit risque (soins de santé primaires essentiellement) à des taux variant entre 50 et 80 pour cent selon les prestations. Elles ne prennent pas en charge les ordonnances à retirer dans des pharmacies privées, alors que celles-ci constituent l'une des premières doléances des adhérents.

2.2.5. Politiques de gratuité

Depuis 2006, dans le cadre de la politique de soins de santé primaire adoptée en 2002, l'Etat a mis en place des mesures de gratuité des soins afin de prévenir les risques de maladie et d'élargir l'accès aux soins de santé. Ces mesures concernent les enfants de 0 à 5 ans, les personnes handicapées, la césarienne, le planning familial, les consultations prénatales, les cancers gynécologiques et les antirétroviraux. Ces mesures ont permis d'accroître l'utilisation des services concernés, mais l'Etat accuse d'importants retards dans le remboursement des prestations aux structures sanitaires.

³⁵ P. Ndiaye, Vers une couverture universelle sanitaire au Niger, Rapport de mission (non publié), OIT, Dakar, novembre 2013.

Ces retards génèrent des difficultés de trésorerie pour celles-ci, ce qui a des répercussions négatives sur l'approvisionnement en médicaments de leurs officines. Aussi, certaines de ces structures sanitaires refusent d'appliquer la gratuité des soins et font de nouveau payer leurs services afin de renflouer leurs caisses. Par ailleurs, se pose la question de la durabilité financière de ces mesures de gratuité, dont une part importante du financement est apportée par l'Agence française de développement (AFD).

■ 2.3. Organisation du système de santé

Le système de santé au Niger est organisé de façon pyramidale et calqué sur le découpage administratif du pays. Ce système comprend trois types d'acteurs : l'offre de soins publique, l'offre privée et la médecine traditionnelle, auxquelles s'ajoute un important réseau informel de distribution de médicaments.

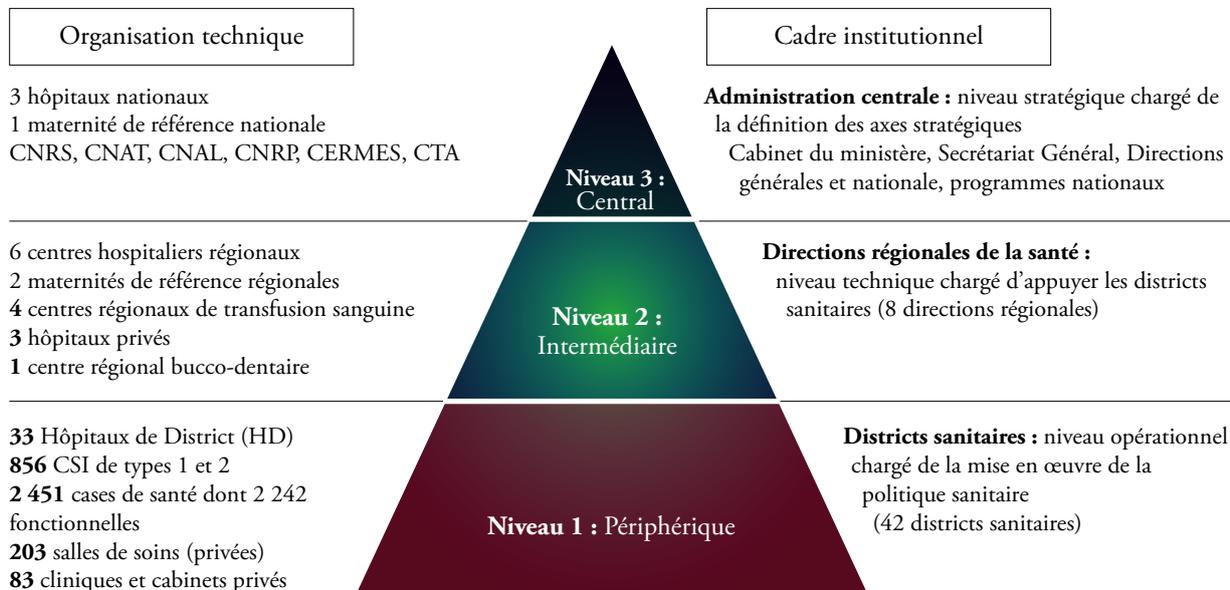
Le premier niveau de l'offre de soins publique est constitué des éléments décrits ci-après :

- Les cases de santé : rattachées aux centres de santé intégrés (CSI) (une case de santé doit être implantée au-delà de 5 km d'un CSI), elles produisent des activités curatives et promotionnelles (prise en charge et médicaments essentiels génériques pour les affections courantes, assistance à l'accouchement eutocique, référence des cas, éducation sanitaire, hygiène et comportements nutritionnels).
- Les centres de santé intégrés (CSI) de type 1 (sans maternité) et 2 (avec maternité) assurent les prestations primaires de soins promotionnels, préventifs et curatifs du paquet minimum d'activités (PMA).
- Les hôpitaux de district (HD) sont le niveau de référence des CSI. Ils fournissent un ensemble de services qui complètent le PMA et ne peuvent être produits par les CSI: consultations de référence, hospitalisations, soins intensifs, interventions chirurgico-obstétricales, soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (avec césarienne et transfusion sanguine).

Le second niveau comprend les centres hospitaliers régionaux, qui sont les centres de référence pour les hôpitaux de district et assurent les services hospitaliers, avec une capacité de 150 à 500 lits : hospitalisations, prestations médicochirurgicales spécialisées, prestations gynéco-obstétriques (celles-ci sont assurées par les deux maternités régionales de référence dans les deux régions qui en disposent), consultations de référence vers les hôpitaux nationaux.

Le troisième niveau est formé par les hôpitaux nationaux (EPA) de Niamey, Zinder et Lamordé ; l'hôpital de Niamey est le principal centre de référence en matière de santé au Niger. Il compte également la maternité de référence nationale Issaka Gazoby (Niamey) et plusieurs centres nationaux spécialisés.

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ



Sources : ministère de la Santé publique, *Annuaire des statistiques sanitaires du Niger, année 2012*

CNRS: Centre National de la Santé de la Reproduction; CNAT: Centre National Antituberculeux; CNAL: Centre National Anti-Lèpre; CNRP: Centre National de Radioprotection; CERMES: Centre de Recherche Médicale et Sanitaire; CTA: Centre de Traitement Ambulatoire.

L'offre de soins privée se développe surtout dans les grands centres urbains, notamment à Niamey, c'est-à-dire à proximité des ménages solvables de la classe moyenne. Ainsi, près de 50 pour cent des structures privées sont localisées à Niamey, et plus du tiers dans les trois grandes villes de l'intérieur (Tahoua, Maradi et Zinder). Les deux tiers des structures privées sont des salles de soins (premiers contacts) et le reste, des cliniques et cabinets privés.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles demeurent le premier recours de 60 à 80 pour cent de la population. Il existe une collaboration entre les tradipraticiens et le ministère de la Santé publique, notamment pour la recherche et la fabrication de médicaments traditionnels améliorés.

L'infrastructure sanitaire compte également trois écoles de santé publique, une école de médecine et 17 écoles de santé privées.

Le secteur pharmaceutique se caractérise par deux circuits d'approvisionnement et de distribution, un public et un privé. Le circuit public comprend une unité nationale de production, la SONIPHAR, une centrale d'approvisionnement nationale, l'Office national des produits pharmaceutiques et chimiques (ONPPC), relayée par trois dépôts régionaux (Niamey, Zinder et Tahoua) et 44 officines situées dans les chefs-lieux de région et de département. Le secteur privé regroupe 21 grossistes-répartiteurs et 108 officines localisées à 80 pour cent en zone urbaine. Ces réseaux sont complétés par des dépôts communautaires et villageois répartis sur l'ensemble du territoire ainsi que des interventions d'ONG, d'organisations confessionnelles (dons et approvisionnement de structures de bienfaisance) et du SNU.

Le secteur pharmaceutique est particulièrement hétérogène avec de multiples circuits d'approvisionnement. Il se caractérise pourtant par d'importants problèmes d'approvisionnement des centres de santé et d'accès à des médicaments essentiels génériques à des prix accessibles pour une majorité de la population vivant en milieu rural. Ces insuffisances du réseau national d'approvisionnement ont favorisé l'émergence d'un important marché informel et illicite de médicaments assuré par des opérateurs non professionnels du secteur informel, qui contrôlèrent 75 pour cent du marché des médicaments.

■ 2.4. Analyse de l'offre de soins

L'analyse de la situation réalisée dans le cadre de l'élaboration du PDS 2011-2015 a mis en exergue de multiples obstacles qui réduisent l'accès aux services de santé, notamment : l'accessibilité physique limitée des structures sanitaires, un coût des soins trop élevé pour les populations les plus pauvres, la mauvaise qualité des soins ainsi qu'une forte disparité de l'offre de soins entre les zones urbaines et rurales.

Ces facteurs doivent être pris en compte et faire l'objet de mesures de renforcement dans le cadre de la mise en œuvre d'un régime de couverture universelle de la santé. Cette dernière a en effet pour objectif que chacun puisse accéder à des services de santé de qualité à un coût abordable. Elle vise par conséquent autant à réduire le risque financier lié à la maladie qu'à accroître la disponibilité et la qualité des services de santé.

La revue des besoins de renforcement et de modernisation de l'offre de soins qui suit s'appuie sur l'analyse situationnelle réalisée lors de la préparation du PDS 2011-2015, sur des entretiens avec l'OMS, la Banque mondiale, l'UNICEF et Save the Children, ainsi que sur différentes études dont une réalisée par la Banque mondiale en 2013 (pas encore publiée) qui présente des analyses sectorielles détaillées du système de santé.

L'ensemble des analyses souligne des progrès importants, notamment en matière d'utilisation des services, en grande partie liés à différentes initiatives nationales, dont les mesures de gratuité des soins (enfants de 0 à 5 ans, césariennes, planification familiale, consultations prénatales, cancers gynécologiques, personnes handicapées et indigents). Cependant, le pays est encore loin d'atteindre les OMD et différents aspects du système sanitaire doivent être renforcés.

2.4.1. Inégale répartition de l'offre de soins

La couverture de la santé est assurée par le secteur public et le secteur privé. Elle reste insuffisante, car seuls 47,53 pour cent de la population avaient accès à un centre de santé dans un rayon de cinq kilomètres en 2012. Les problèmes de disponibilité de l'offre de soins sont particulièrement importants dans le nord du pays, dont la population est dispersée sur un vaste territoire. Globalement, et à l'instar d'autres pays, il existe d'importantes inégalités en matière d'accès aux soins de santé entre les zones urbaines et rurales, entre les hommes et les femmes, ainsi que pour les personnes âgées et les personnes ayant des besoins spécifiques, comme les personnes souffrant du VIH/SIDA³⁶. Un récent rapport de l'OIT note qu'environ 70 pour cent du déficit à combler en terme de personnel de santé pour concrétiser la couverture universelle concerne le milieu rural.³⁷ Quant à l'inégalité d'accès à la santé entre les femmes en milieu rural et urbain, les données de

³⁶ Scheil-Adlung et Kuhl, Evidence on gender inequities in social health protection: the case of women living in rural areas, ESS paper n°29, OIT, Genève, 2012.

³⁷ OIT 2014: Addressing the global health crisis: universal health protection policies, p.11

L'OMS de 2010 montrent que 60,5 pour cent des femmes en milieu rural n'utilisent pas les soins prénataux, contre 11,5 pour cent des femmes en milieu urbain. Cela a des répercussions sur le taux de mortalité liée à la naissance, qui est plus élevé en milieu rural au Niger : 0,2 pour cent des naissances en milieu rural contre 2,2 naissances en milieu urbain sont assistées par un médecin.

La politique de santé du pays repose depuis les années 90 sur les soins de santé primaires et le développement de districts sanitaires afin d'accroître l'accès de tous aux services de santé, notamment en zone rurale. De nombreuses lacunes persistent cependant dans l'atteinte de cet objectif ; elles sont résumées dans le COMPACT Niger³⁸ :

- la faible couverture en infrastructures pour les soins de santé de base, notamment les CSI et les cases de santé ;
- les cases de santé ne disposent pas nécessairement des locaux et équipements indispensables à la réalisation de prestations que le personnel en place est capable de fournir compte tenu de son niveau de qualification (accouchements, vaccination, etc.) ;
- les CSI, notamment ceux qui étaient auparavant des cases de santé, ne disposent pas de locaux adaptés pour assurer l'ensemble des soins curatifs et préventifs ou les accouchements ;
- les normes d'implantation des structures sanitaires (CSI et cases de santé) ne sont pas toujours respectées ;
- les hôpitaux de district (HD) et les centres hospitaliers régionaux (CHR) ne disposent pas tous de plateau technique et des services requis pour offrir le paquet minimum (PMA) ou complémentaire (PCA) d'activités correspondant à leur niveau de référence ;
- les hôpitaux et les structures du niveau tertiaire disposent de plateaux techniques d'une génération vieillissante ;
- l'absence d'un plan national et de plans régionaux de renouvellement ou de réhabilitation des infrastructures, équipements et matériels, ne permet pas de rationaliser leur mise en place ;
- la faiblesse du partenariat avec le secteur privé (confessionnel, libéral, organisations de la société civile) entrave la nécessaire continuité et complémentarité des soins à délivrer.

2.4.2. Problèmes de disponibilité et de motivation du personnel de santé

Le manque de personnel de santé qualifié (médecins, infirmiers/infirmières et sages-femmes selon la définition de l'OMS) pose problème au Niger. Le BIT estime qu'il faut en moyenne 41,1 professionnels de santé pour 10 000 pour fournir les soins de santé essentiels. Or, les données les plus récentes montrent que plusieurs pays, dont le Niger, accusent un déficit énorme en termes de personnel de santé disponible pour 10 000 habitants, soit moins de 5 professionnels en moyenne et environ 1,56 professionnel de santé pour 10 000 habitants pour le Niger (World Social Protection Report 2014/2015, p.111) ce qui est nettement insuffisant pour assurer une couverture universelle.

Le PDS 2005 – 2010 a permis de réaliser des progrès importants en matière d'augmentation des effectifs et de formation du personnel médical et paramédical. Cependant, des insuffisances persistent en raison des contraintes budgétaires, d'une répartition déséquilibrée des effectifs et de la complexité des redéploiements. Les difficultés sont multiples :

- l'insuffisance du personnel est accentuée par la forte proportion (20 pour cent) du personnel administratif au sein des effectifs actuels ainsi du personnel en stage, disponibilité ou détachement. Il faut y ajouter un absentéisme important, notamment des médecins des CSI et des HD, du fait de la multiplicité des sessions de formation et autres réunions et ateliers organisés par le MSP et les PTF ;
- l'insuffisance de spécialistes dans certains domaines (cardiologie, néphrologie, oncologie ; hématologie, pédiatrie, gynéco obstétrique, rhumatologie) ;
- un accroissement des effectifs de contractuels avec un risque de précarisation et de moindre attrait des emplois ;
- des insuffisances qualitatives :
 - faiblesse et inadéquation de la formation initiale des agents,
 - dysfonctionnements au niveau du recrutement et des affectations,
 - déficits au niveau de la direction et de l'encadrement,
 - insuffisance des plateaux techniques pour un bon exercice des compétences,
 - démotivation des professionnels de santé due aux conditions difficiles de travail, à l'absence de plans de carrière,

³⁸ NIGER, 2011 : ministère de la Santé publique http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Niger/Niger_Compact_2011.pdf consulté le 18 décembre 2014

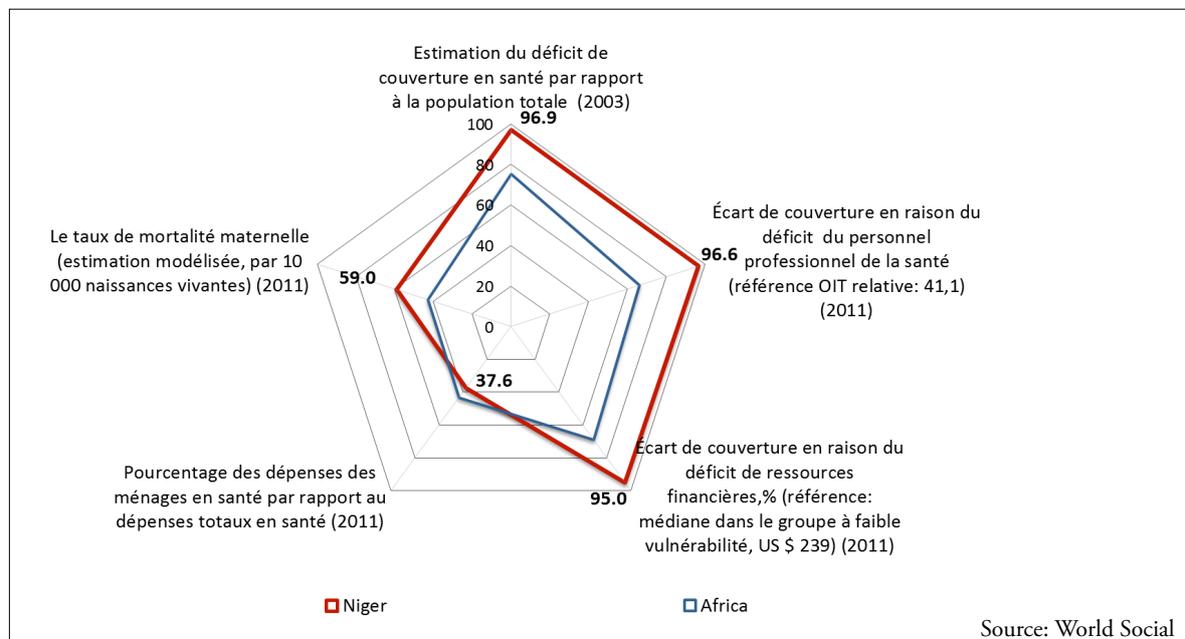
à l'inadéquation entre les compétences de certains professionnels et les fonctions assumées, etc. Malgré la mise en place d'un dispositif de primes pour le personnel médical et paramédical, la motivation constitue un problème important qui résulte de la dégradation des conditions de vie et de travail, tant des agents contractuels que des fonctionnaires ; la multiplication des écoles privées de formation en santé au détriment de la qualité des enseignements, qui engendre la sous qualification des jeunes diplômés.

Pour arriver à une couverture universelle de santé au Niger, il conviendra de réaliser d'importants investissements dans les ressources humaines pour l'administration de la santé et la prestation des soins. Il faut envisager d'octroyer les ressources financières nécessaires à la formation et à l'amélioration des conditions de travail, dont le traitement salarial. Le déficit à combler est grand, mais la tâche n'est pas impossible.

2.4.3. Déficit de couverture suivant les critères établi par les normes internationales

Le déficit dans l'accès effectif aux soins de santé est évalué par le BIT selon 5 critères : la couverture légale, le nombre de professionnels de santé, les dépenses directes, les ressources financières et la mortalité liée à l'accouchement. Pour le Niger, le déficit de couverture est illustré dans la figure ci-après.

FIGURE 1 Déficients de couverture et d'accès effectif au Niger



Remarque

1. Le déficit d'accès ou écart de couverture en raison du déficit de personnel professionnel de santé correspond au pourcentage de la population qui n'a pas d'accès au personnel professionnel de santé en cas de besoin, sachant qu'il faut 41,1 professionnels pour 10 000 habitants.
2. Le déficit relatif aux dépenses de santé ou écart de couverture en raison du déficit de ressources financières correspond à l'écart relatif entre les dépenses moyennes par habitant et les dépenses par habitant de référence (239 dollars³⁹).
3. Les dépenses totales de santé sont les dépenses effectuées par paiement direct plus les dépenses (publiques et privées) financées soit par les administrations publiques, soit par une assurance privée prépayée par les employeurs ou les ONG.
4. Le taux de mortalité maternelle est le nombre de femmes décédant suite aux complications de l'accouchement pour 10 000 naissances vivantes.

³⁹ Sauf mention contraire, le dollar s'entend des Etats-Unis.

2.4.4. Insuffisance du système d'approvisionnement en médicaments, consommables et réactifs

L'accès aux médicaments constitue l'un des problèmes les plus importants du système de santé. Il résulte, d'une part, des défaillances de l'ONPPC, qui ne sont que partiellement comblées par le réseau d'approvisionnement et de distribution privé. D'autre part, les arriérés de remboursement de l'Etat dans le cadre de la gratuité des soins fragilisent la trésorerie des structures sanitaires et limite leur capacité de renouvellement de leur stock de médicaments et de consommables médicaux. L'analyse de la situation précédant l'élaboration du PDS 2011-2015 a détecté les faiblesses suivantes :

- manque de technologies biologiques et scientifiques adaptées aux missions des structures sanitaires ;
- sécurité transfusionnelle mal assurée du fait de difficultés d'approvisionnement en intrants ainsi que de la non-disponibilité adéquate en sang et dérivés, aggravée par leur prescription irrationnelle ;
- insuffisance d'infrastructures adéquates et d'équipements pour le stockage et la conservation au niveau des structures sanitaires ;
- application peu efficace de la réglementation pharmaceutique par le MSP en charge de la régulation du secteur ;
- faiblesse du système d'assurance-qualité des médicaments.

Enfin, il faut souligner l'inégale répartition des pharmacies, qui se concentrent dans les grands centres urbains aux dépens des zones rurales où les populations, confrontées aux ruptures de stock des officines publiques, constituent la cible principale du marché des médicaments illicites importés par le secteur informel sans aucun contrôle de qualité. Cette situation y entraîne également l'utilisation en premier recours de la pharmacopée traditionnelle.

2.4.5. Mauvaise perception de la qualité et de la disponibilité de l'offre de soins par les usagers

Selon l'OMS, les plaintes des usagers sont nombreuses concernant la disponibilité du personnel (manque de respect des malades, temps d'attente longs, absentéisme et retards du personnel), et l'accueil dans les structures de santé publiques. Ces plaintes portent également sur l'insuffisance d'équipements, l'exiguïté des locaux, le mauvais état des infrastructures et le manque de médicaments. Une enquête de satisfaction des usagers en 2008 montrait que 40 pour cent de ceux-ci portent un jugement négatif sur la qualité des soins et des services proposés.

La perception de l'accueil et de la qualité des soins des structures privées est meilleure. Toutefois celles-ci sont essentiellement concentrées dans les pôles urbains et économiques.

Une étude sur l'égalité entre hommes et femmes et la santé réalisée en 2013 souligne également les conséquences de la mauvaise perception des services de consultation pré- et postnatale et de conseil en santé sexuelle, avec pour obstacles les plus cités : le manque de moyens financiers pour acheter les médicaments, la non-disponibilité du personnel, les mauvaises expériences passées (mauvais accueil, absences, retards, non-explication des traitements).

Le problème de l'accueil est également soulevé par la mutuelle de santé de Say (voir plus bas) dont les bénéficiaires se plaignent du manque de respect des malades par le personnel du CSI et du HD couverts.

| 3 |

PROPOSITIONS CONCERNANT L'ARCHITECTURE DE LA CUS AU NIGER

3. PROPOSITIONS CONCERNANT L'ARCHITECTURE DE LA CUS AU NIGER

■ 3.1. Objectifs et enjeux d'une couverture universelle de santé

L'architecture de la CUS rassemble son organisation, les acteurs qui interviennent dans les différentes fonctions de la protection sociale de la santé, le fonctionnement de la couverture et la gestion des risques. Elle intègre également les mesures d'accompagnement devant permettre de favoriser la réussite de la CUS.

Il n'existe pas de modèle unique : l'élaboration d'un régime de CUS doit être adaptée aux contraintes économiques, sociales, politiques, culturelles et juridiques du pays. Elle doit également reposer sur l'utilisation simultanée et la complémentarité de différents mécanismes financiers, et l'exploitation des synergies afin d'atteindre l'objectif final d'une couverture universelle. Dans ce cadre, les objectifs de la CUS au Niger pourraient se formuler ainsi :

3.1.1. Objectif global

Tout résident a accès à un paquet de base de soins de santé essentiels de qualité. Ce paquet est défini à l'échelle nationale et constitue une garantie de base du socle de protection sociale au Niger.

3.1.2. Objectifs spécifiques

Conformément à la définition de l'OMS et aux normes de l'OIT, la couverture universelle doit permettre à l'ensemble de la population d'accéder à des services préventifs, curatifs et de promotion de la santé de qualité suffisante et à un prix abordable.

Pour ce faire, trois grands objectifs spécifiques doivent être atteints.

- **Garantir un accès effectif et universel aux soins de santé essentiels et d'une protection financière en cas de maladie, de maternité et d'accident.** La CUS devra permettre de réduire le paiement direct par les usagers des services de santé couverts, avec le déploiement progressif de l'assurance-maladie à caractère obligatoire vers toutes les catégories socio-économiques de la population.
- **Renforcer la disponibilité et la qualité des services de santé.** La disponibilité d'une offre de soins de santé de qualité est une condition préalable à une couverture universelle équitable et efficace. Dans ce sens, la mise en œuvre de la CUS doit s'accompagner d'un renforcement des capacités des services de santé en termes de ressources humaines, d'infrastructures, d'équipements et de disponibilité des médicaments. Ce renforcement doit mettre l'offre de soins de santé à niveau en prévision de l'augmentation de la demande.
- **Organiser la gouvernance et le financement durable de la CUS.** la mise en œuvre d'une couverture universelle nécessite l'intervention de multiples acteurs ainsi qu'une combinaison de divers mécanismes de financement. Il s'agit par conséquent de développer une approche intégrée et adaptée aux capacités institutionnelles et financières du Niger.

3.1.3. Garantie d'un accès effectif et universel aux soins de santé essentiels et d'une protection financière en cas de maladie, de maternité et d'accident

La CUS devra permettre de réduire le paiement direct par les usagers des services de santé couverts, avec le déploiement progressif de l'assurance-maladie à caractère obligatoire à toutes les catégories socio-économiques de la population. Il s'agit de mettre en pratique le principe de mutualisation des ressources et de solidarité dans le domaine de la santé de manière à financer collectivement les dépenses de santé, et ainsi d'assurer la pérennité et la stabilité de la CUS.

Comme souligné plus haut, deux grandes options sont possibles pour atteindre la couverture universelle :

- le financement de la santé grâce à une marge de manœuvre budgétaire ;
- l'assurance-maladie obligatoire.

Disposer d'une marge de manœuvre budgétaire pour le financement est une pratique qui existe déjà dans le cadre des politiques de gratuité, dont les deux tiers sont financées par l'Etat. L'expérience montre les difficultés rencontrées en matière de gestion de ces mesures, avec des répercussions négatives sur la trésorerie des structures sanitaires. Un exercice d'évaluation des dépenses

⁴⁰ FMI, République du Niger, Evaluation des dépenses publiques et responsabilité financière (PEFA), Rapport n°13/285, Département des finances publiques du FMI, Washington, mars 2013.

publiques et responsabilité financière (PEFA) réalisé par le FMI pour la période 2009-2011⁴⁰ a souligné que les indicateurs de gestion des finances publiques étaient encore faibles. Cependant, il est difficilement envisageable d'élaborer une couverture universelle sans instaurer une solidarité nationale en faveur des ménages les plus pauvres et vulnérables, sous la forme d'un financement de leur couverture par l'Etat.

Avec 50,9 pour cent de la population vivant sous le seuil de pauvreté et environ 30 pour cent sous le seuil d'extrême pauvreté, cette solidarité nationale dans le cadre de la CUS nécessitera un effort financier important de l'Etat. Au regard de l'expérience actuelle en matière de mesures de gratuité, la mise en œuvre de la CUS devra résoudre plusieurs (énumérées ci-dessous).

- Le ciblage des ménages les plus pauvres et vulnérables : le nombre importante d'individus en situation de pauvreté nécessitera un ciblage précis des bénéficiaires dont la couverture sera prise en charge par l'Etat. Ce ciblage devra être réalisé en lien avec les pratiques actuelles des communes en charge de l'identification des indigents ainsi qu'avec les programmes actuels et prévus d'assistance sociale (transferts monétaires et alimentaires). Afin d'uniformiser et d'améliorer les pratiques actuelles de ciblage, un cadre légal est nécessaire pour éviter toute forme de discrimination et offrir une approche basé sur le droit.
- La restructuration des mesures de gratuité : hormis la gratuité des soins pour les indigents, les mécanismes actuels ne ciblent pas spécifiquement les plus pauvres et constituent par ailleurs une charge lourde pour l'Etat. Avec la mise en œuvre et l'extension de l'assurance-maladie, une refonte progressive des mesures de gratuité pourrait être envisagée pour rendre plus efficace l'intervention de l'Etat dans la prise en charge des individus les plus pauvres, voire des personnes âgées, comme le prévoit la PNPS. Cette restructuration doit être ancrée dans le droit afin d'institutionnaliser tous les programmes de gratuité. La responsabilité générale de l'Etat devrait être soulignée.
- Dans les régimes décrits dans la section suivante, quelles que soient les options, les mécanismes de gestion technique et financière des mesures de gratuité devront être réorganisés. Ainsi, les financements collectés par un Fonds social de santé (FSS) seront versés à la structure centrale de gestion de l'assurance qui paie les prestataires de soins. Cette mécanique est plus favorable aux prestataires de soins, mais elle déplace vers l'assurance le risque de retard ou de non versement des fonds par l'Etat.

L'option de l'assurance-maladie obligatoire est une entreprise complexe qui soulève également de nombreuses questions à prendre en compte dans l'architecture de la CUS.

- La création et la gestion d'un système assurance au sein de la CUS demande de disposer d'une capacité administrative importante, et de former et de suivre un personnel administratif compétent en nombre suffisant. Les efforts à déployer dans ce sens varient suivant les régimes : ils seront plus importants s'il faut créer des mutuelles sur l'ensemble du territoire, et le seront moins dans le cadre d'un régime de délégation de certaines fonctions à des organisations existantes, intervenant auprès des différents groupes cibles et disposant d'un savoir-faire en matière de mobilisation de ceux-ci.
- Les ménages de l'économie informelle et du monde rural représentent plus de 90 pour cent de la population et un défi particulièrement complexe pour une assurance de par la diversité des profils et des situations. Il s'agit pour le Niger de choisir les solutions les mieux adaptées à son contexte, ce qui constitue le principal défi de l'ébauche d'une architecture et des études de faisabilité qui suivront.
- Un cadre juridique devra être élaboré qui déterminera, entre autres, les objectifs de l'assurance pour le pays, les droits et les devoirs des affiliés, ainsi que les rôles et fonctions des organisations gestionnaires. Une première ébauche de l'architecture doit tenir compte de la législation existante ou des modifications à apporter, ainsi que les cadres sous-régionaux, concernant notamment la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité sociale et la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances (CIMA), dont est membre le Niger.

3.1.4. Renforcement de la disponibilité et de la qualité des services de santé

Pour mettre en œuvre avec succès la CUS, il est nécessaire de disposer d'une infrastructure sanitaire à même de fournir les services de santé faisant partie des prestations offertes par la CUS. Sur ce plan, des efforts importants restent à réaliser afin d'améliorer la couverture géographique, l'efficacité dans la prestation des soins et leur adaptation aux besoins prioritaires des populations.

Le renforcement de l'offre de soins constitue une mesure indispensable d'accompagnement de la mise en œuvre de la CUS.

Le calendrier de mise en œuvre de la CUS doit s'organiser conjointement avec les mesures de renforcement de l'offre de soins prévues dans le cadre du PDS 2011-2015.

Dans le cadre de l'approche intégrée du BIT, une synergie devra être faite entre l'appui apporté à la CUS et la promotion de travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO). La composante HIMO vise à promouvoir l'exécution de travaux facilement dupliqués qui contribuent à la fois à l'augmentation du pouvoir d'achat des populations défavorisées, à la monétarisation du milieu rural et à la stimulation de la demande de biens et de services créés dans l'économie locale. C'est dans ce cadre que ces programmes pourront mieux contribuer non seulement à l'accroissement des revenus des bénéficiaires, mais également à la création et à la mise à niveau des structures de services de santé de qualité.

3.1.5. Gouvernance et financement durable de la CUS

La gouvernance met en relation les questions précédentes afin de bâtir un système de CUS efficace, efficient et durable. La bonne gouvernance de la CUS nécessitera d'intégrer dans son architecture finale les aspects relatifs aux opérations administratives, aux modalités de mise en œuvre et à l'équilibre entre les besoins de protection sociale de santé et les ressources nationales, le tout devant s'appuyer sur des textes juridiques.

3.1.5.1. Questions relatives aux opérations administratives

Le stade actuel de conception de l'architecture de la CUS au Niger porte essentiellement sur les aspects relatifs aux opérations administratives. Il s'agit plus précisément d'une première étape de conceptualisation de l'agencement des différents domaines d'administration et de gestion technique de l'assurance-maladie. Schématiquement, ces opérations peuvent se regrouper au sein de quatre grands domaines.

- Gestion du risque : ce domaine est le plus complexe, il regroupe les techniques d'observation, d'évaluation, de contrôle et de prévention des risques, mais aussi l'accompagnement des services de santé et la gestion des prestations.
- Relation client : information, marketing social, affiliation, accompagnement des organisations partenaires (gestion déléguée de certaines fonctions pour l'extension vers l'économie informelle et le monde rural), gestion des recouvrements.
- Système d'information : ce domaine est étroitement lié à celui de la gestion des risques, qu'il alimente en données. Le déploiement, la maintenance et l'évolution d'un système d'information assurant la protection des données personnelles en font un domaine à part entière.
- Fonctions support : gestion administrative, comptable et financière, gestion des ressources humaines. La formation constitue également une composante particulièrement importante de ce domaine.

L'élaboration de l'architecture de la CUS au Niger doit permettre de répartir ces différentes fonctions entre les dispositifs existants ou de les créer, dans un ensemble cohérent et coordonné le mieux adapté au contexte spécifique du Niger. Différentes approches sont possibles ; les options discutées dans le chapitre suivant reposent d'une part sur celles élaborées par le comité technique et présentées en 2013 (atelier technique et forum sur la protection sociale) et d'autre part, sur une construction alternative à cette première approche, qui se fonde sur les enseignements tirés en matière de protection sociale dans la région et au niveau mondial.

3.1.5.2. Modalités de mise en œuvre

Avec l'adoption de la PNPS en 2011, le ministère de la Santé publique s'est rapidement positionné sur la thématique de la CUS et a sollicité l'appui de la Coopération technique Belge, qui a à son tour à fait appel à une expertise de l'Institut national d'assurance-maladie-invalidité (INAMI) belge. Des cadres du MSP ont bénéficié de formations organisées par l'INAMI en Belgique, au Maroc et au Niger, et ont participé à différents ateliers régionaux sur la CUS. Le MSP a constitué (arrêté n° 128/MSP/SG/DEP/DF du 26 avril 2013) un comité technique en charge de la CUS. Ce comité est multisectoriel et regroupe outre des cadres du MSP, des représentants de la Présidence, de la Primature, des départements ministériels les plus impliqués dans la protection sociale, des partenaires techniques et financiers et de la société civile. Au sein de ce comité technique, un groupe de travail restreint a ébauché trois propositions d'architecture de la CUS au Niger, basées sur la mise en œuvre de mutuelles de santé, qui ont été présentées lors du Forum national sur la protection sociale en novembre 2013 à Niamey et ont fait l'objet de discussions lors de l'atelier technique d'avril 2014. Cependant, force est de constater que ce comité s'est peu réuni et la réflexion menée jusqu'à présent est essentiellement le fait du groupe de travail restreint et du MSP.

Cet ancrage actuel de la réflexion de la CUS au niveau du MSP et la conduite des réflexions par un comité restreint génère des tensions entre le ministère de la Santé publique (MSP), le ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité sociale (METSS)

et le ministère de la Population, de la Promotion de la femme et de la Protection de l'enfant (MP/PF/PE). Il existe au sein de ces trois ministères des noyaux de compétences complémentaires, mais ceux-ci ne sont pas efficacement exploités du fait des difficultés et des faiblesses de coordination intersectorielle observées aujourd'hui.

Par ailleurs, s'agissant d'étendre la protection sociale à l'économie informelle et au monde rural, le ministère de l'Agriculture, le ministère des Mines et du Développement industriel ainsi que le ministère du Commerce et de la Promotion du secteur privé devraient également être impliqués dans les réflexions. Ces ministères, les partenaires sociaux et les organisations représentatives de l'économie informelle et du monde rural sont porteurs de propositions pour l'incitation et l'inclusion des travailleurs de ces secteurs dans l'assurance-maladie. Le processus actuel de réflexion n'a que peu ou pas consulté ces acteurs ; le plan d'action pour la suite du processus devra permettre d'organiser l'implication et la contribution de l'ensemble des parties prenantes de façon efficace et permanente.

De même, l'organisation du système d'assurance devra permettre de poursuivre cette implication des parties prenantes et favoriser la représentation de toutes les catégories socioéconomiques du pays. L'architecture de la CUS doit prévoir en ce sens des organes de gouvernance et de régulation efficaces qui permettront l'extension progressive de la CUS et la réalisation du droit de tous les résidents à la protection sociale de santé.

■ 3.2. Deux architectures de la CUS au Niger en discussion

Le Comité technique chargé de réfléchir à la couverture universelle de santé au Niger, mis en place par le MSP, a formulé trois propositions d'architecture de la CUS en 2013 qui ont été présentées lors du Forum national sur la protection sociale organisé à Niamey du 12 au 15 novembre 2013, et ont fait l'objet d'un atelier technique du 01 au 03 avril 2014. Ces propositions, qui s'appuient sur le développement de mutuelles de santé, constituent une base de travail pour la conceptualisation de l'architecture de la CUS. Elles souffrent toutefois d'imprécisions et de faiblesses soulignées dans les pages suivantes. Ces propositions ont été retravaillées par le BIT et le METSS suite à des échanges avec différents acteurs nationaux afin de bâtir une approche basée sur le monde du travail, avec une recherche de mécanismes d'inclusion des différentes catégories socio-économiques de population. Ces mécanismes reposent sur des synergies avec les politiques pour l'emploi et l'agriculture, sans nécessairement reposer sur un mouvement mutualiste qui, au Niger comme dans la sous-région, est loin de démontrer sa capacité à servir de fondation pour un régime de CUS.

Les pages suivantes discutent ces deux approches. A ce stade, il ne s'agit pas de formuler une architecture définitive, mais de compléter et d'élargir la réflexion entamée par le MSP.

■ 3.3. Une architecture fondée sur le mouvement mutualiste

Cette première approche, développée par le Comité technique chargé de réfléchir à la couverture universelle de santé au Niger, est présentée dans un rapport de synthèse⁴¹ élaboré lors d'un atelier technique en novembre 2013. Elle propose un modèle qui s'appuie sur la mise en œuvre de mutuelles de santé comme mécanisme d'affiliation des différentes catégories de population et de collecte des cotisations des assurés (cotisations à l'assurance-maladie). Trois options ont été mises au point en 2013 par le comité technique répartissant différemment certaines fonctions de gestion technique et financière de l'assurance. Lors de l'atelier technique d'avril 2014, c'est finalement une quatrième option (une variante de l'une de ces 3 options de 2013) qui a été présentée et discutée.

3.3.1. Options élaborées par le comité technique en charge de la CUS

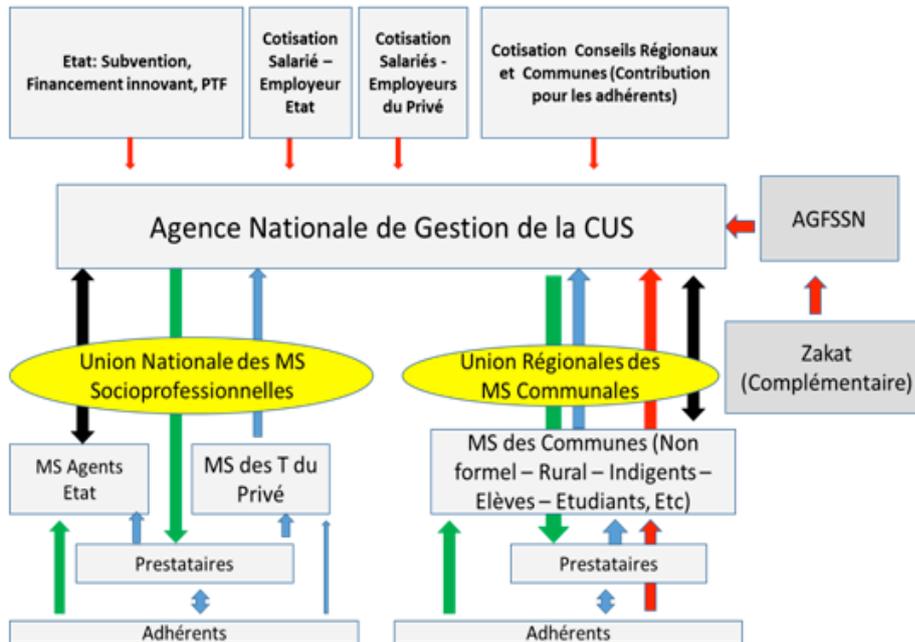
Les schémas ci-dessous illustrant ces trois options sont tirés de la note technique de la proposition d'architecture CUS/N formulée à l'issue de l'atelier de novembre 2013. Ces schémas sont présentés tels quels (y compris la légende manquante dans le schéma de l'option 1).

La première option repose sur la mise en place de mutuelles professionnelles pour les travailleurs salariés du secteur formel et de mutuelles communales pour le secteur informel, le monde rural et les ménages les plus pauvres. Elle prévoit la création d'une agence nationale de gestion de la CUS qui serait chargée :

- de la coordination de la mise en œuvre de la CUS ;
- de la centralisation des financements de l'assurance (cotisations, transferts de l'Etat et contributions pour la prise en charge des plus pauvres) ;
- du conventionnement avec l'offre de soins et du paiement des prestataires.

⁴¹ Ce rapport est disponible à l'adresse suivante : http://www.coopami.org/fr/countries/countries_partners/niger/projects/2013/pdf/2013111202.pdf

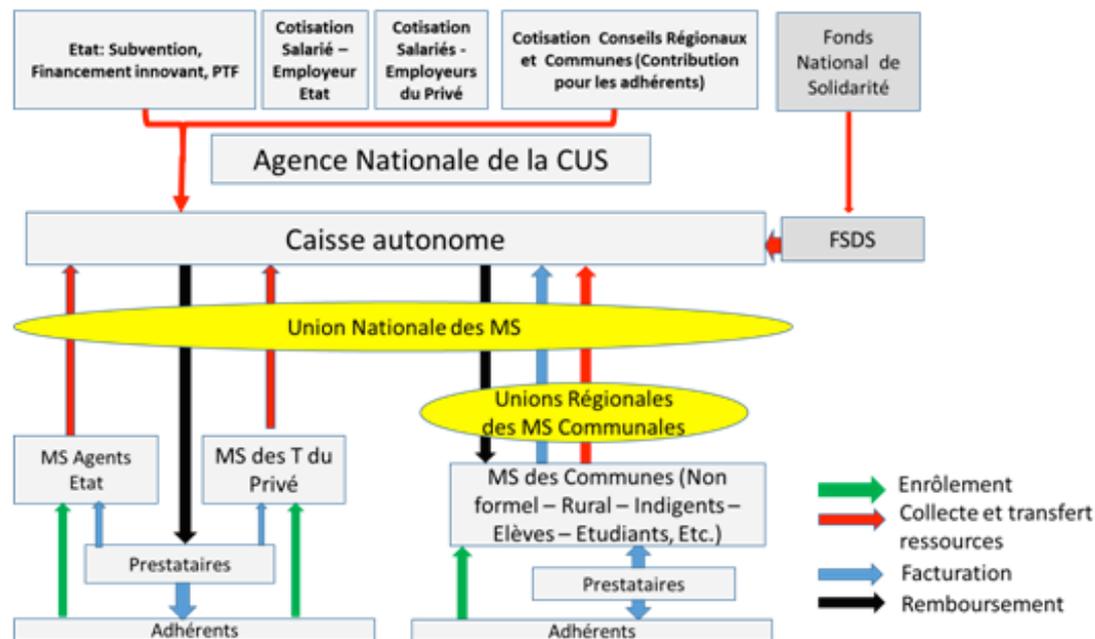
FIGURE 2 Comité technique CUS - Option 1



Les mutuelles sont structurées en unions, avec une union nationale des mutuelles professionnelles (secteur formel) et des unions régionales pour les mutuelles communales. Ces unions apportent un appui technique aux mutuelles dans la mise en œuvre de leur plan d'action, le suivi, l'évaluation et le retour d'information vers l'agence de gestion de la CUS.

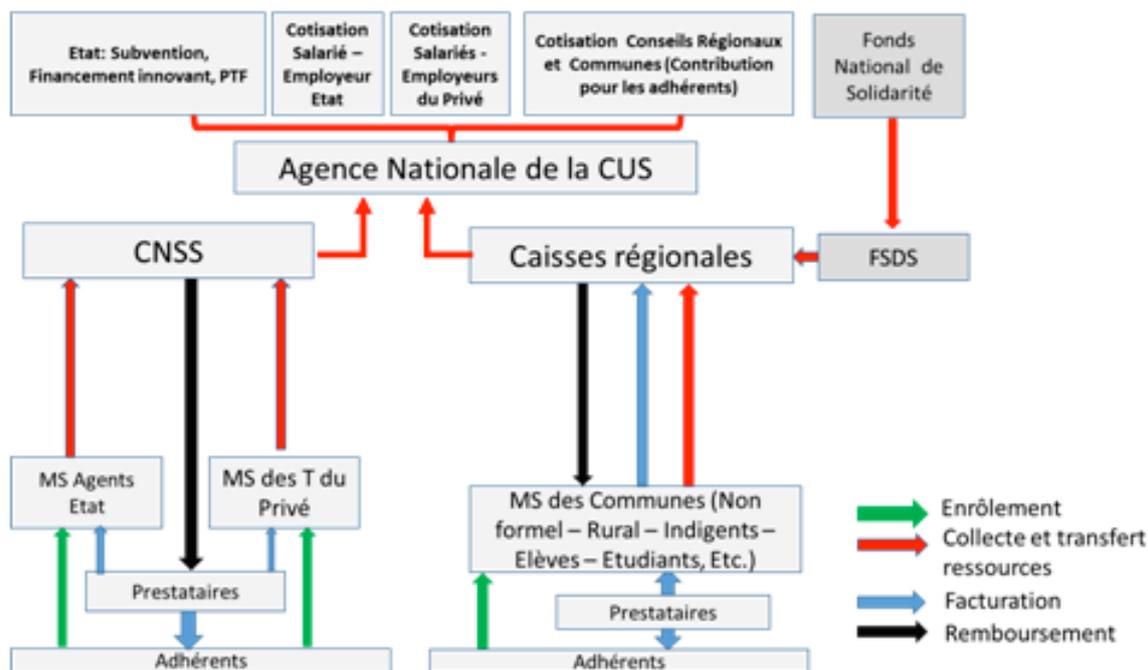
La **seconde option** se distingue de la précédente par la création d'une caisse autonome en charge de la centralisation des financements de l'assurance et du paiement des prestataires de soins de santé, l'agence nationale de la CUS se concentrant sur la coordination et le suivi/évaluation. La structuration du mouvement mutualiste est modifiée avec la suppression de l'union des mutuelles socioprofessionnelles et la création d'une union nationale rassemblant ces dernières, ainsi que les mutuelles communales.

FIGURE 3 Comité technique CUS - Option 2



La troisième option supprime la caisse autonome dont les fonctions sont reprises par la CNSS, au sein de laquelle est créée une branche maladie pour le secteur formel, et des caisses régionales pour les mutuelles communales. Sans entrer dans les détails de cette variante, il faut souligner que celle-ci doit être d'emblée écartée, la CNSS ne souhaitant pas intervenir dans la gestion de la CUS.

FIGURE 4 Comité technique CUS - Option 3



Dans ces trois premières options, les individus les plus pauvres sont intégrés aux mutuelles communales, leur couverture étant financée par le Fonds national de solidarité prévu par la PNPS.

3.3.2. Quatrième option, formulée en avril 2014

L'option découlant des discussions de l'atelier technique d'avril 2014 constitue une dernière variante d'un régime fondé sur la mise en place de mutuelles de santé. Cette architecture proposée par le MSP se caractérise par l'agencement des différents dispositifs ainsi que par les étapes de mise en place décrites ci-dessous.

Etape 1.

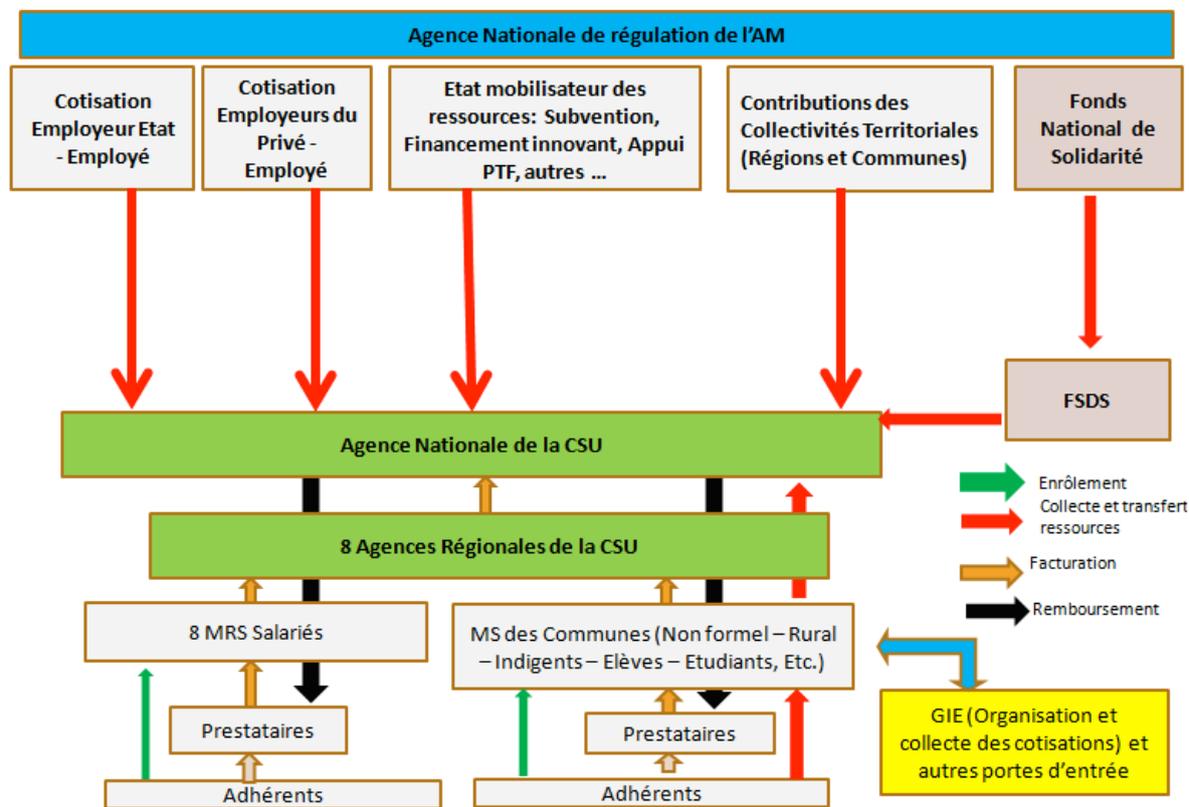
La mise en place du régime d'assurance-maladie universelle débute par l'organisation d'un mouvement mutualiste qui constitue la fondation de l'architecture. Huit mutuelles de santé régionales sont ainsi créées pour couvrir les travailleurs du secteur public et du secteur privé formel (adhésion obligatoire sur une base géographique). Des mutuelles communales sont mises en place dans des zones pilotes pour la couverture des ménages de l'économie informelle et du monde rural; elles s'appuient, lorsqu'elles existent et sont fonctionnelles, sur les organisations paysannes et de l'économie informelle pour promouvoir des adhésions de groupe. Ces mutuelles régionales et communales assurent l'intégralité des fonctions de gestion de l'assurance : affiliation, recouvrement, gestion du risque et paiement des prestataires de soins. L'adhésion est obligatoire.

Etape 2.

Suite à une période test dont la durée n'est pas définie, et si ces mutuelles produisent des résultats significatifs (indicateurs d'évaluation non encore proposés), l'organisation de mutuelles communales est progressivement étendue à l'ensemble du pays et un système national d'assurance-maladie est mis en place. Une redistribution des fonctions de gestion financière et technique est alors faite entre l'agence nationale chargée de l'assurance (AGN) et les mutuelles régionales et communales. L'AGN assure le recouvrement des cotisations auprès de l'Etat et des entreprises pour le secteur formel ainsi que la gestion du risque et le paiement des prestataires de soins. Elle dispose de huit antennes régionales qui interviennent essentiellement dans le contrôle des factures des prestataires de soins. Les mutuelles régionales des travailleurs du secteur formel n'ont plus qu'à contrôler les factures des prestataires de soins. Les mutuelles communales interviennent dans l'affiliation, le recouvrement et le contrôle des factures des prestataires.

Etape 3.

A terme, ce régime prévoit la création d'une caisse de recouvrement pour le secteur formel et de caisses régionales de recouvrement pour le secteur informel et le monde rural. L'AGN ne s'occuperait plus que de la gestion du risque et du paiement des prestataires ; le rôle des mutuelles régionales et communales restant inchangé par rapport à l'étape 2. Une agence de régulation est mise en place afin de réaliser la surveillance et le suivi de l'assurance-maladie.

FIGURE 5 Comité technique CUS - Option 4

Dans ce schéma, le financement de l'assurance provient des cotisations des assurés, de l'Etat et des collectivités territoriales, ainsi que du Fonds national de solidarité pour la prise en charge des individus les plus pauvres.

Dans tous ces schémas, bien que cela ne soit pas clairement précisé, le paquet de soins et les montants des cotisations seraient les mêmes pour toutes les mutuelles et tous les groupes cibles. Dans l'option discutée en avril 2014, un paquet de soins et une cotisation identiques risquent de poser un problème de viabilité financière pour des mutuelles communales qui seraient implantées dans des zones à fort risque (paludisme, etc.) jusqu'à ce qu'il soit procédé à une péréquation avec la mise en place d'une AGN (étape 2). Dans le cas contraire, si chaque mutuelle définit son paquet et ses cotisations, se poserait alors un problème de cohérence, de contrôle et de complexité de gestion et de régulation.

3.3.3. Limites de l'approche du MSP

L'architecture ainsi que les étapes de mise en place de l'option 4 n'ont pas recueilli l'adhésion de tous les participants à l'atelier technique du 1er au 3 avril 2014. Plusieurs observations ont été ainsi faites concernant notamment les étapes de mise en œuvre, où la gestion intégrale de l'assurance passe d'abord par les mutuelles régionales et communales pour ensuite, lorsque le système est fonctionnel, être transférée en grande partie vers une agence nationale. Autrement dit, il s'agirait de réaliser un investissement important lors de l'étape 1 dans la formation et la disponibilité de ressources humaines compétentes dans les mutuelles, pour ensuite déplacer les fonctions vers une autre structure, ce qui nécessitera de nouveaux investissements en ressources humaines.

En outre, ce transfert de tâches vers l'AGN réduira la responsabilité des mutuelles, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur leur vitalité. Ainsi les mutuelles régionales n'auraient plus qu'un rôle de contrôle des factures des prestataires de soins ; rôle qui serait par ailleurs également assuré par les antennes régionales et devrait aussi être intégré à un système d'information. La proposition du MSP confie aux mutuelles régionales et communales un rôle, qui n'apparaît pas dans le schéma, de remontée d'informations (problèmes éventuels liés à l'offre de soins, etc.) des adhérents vers l'AGN. Cependant, il n'est pas certain que ces mutuelles soient en mesure d'assurer cette fonction importante sans dynamique constante de gestion. La principale observation repose sur l'expérience du mouvement mutualiste au Niger et dans la sous-région. En 2005, l'OMS au Niger a appuyé le MSP pour la mise en place de cinq mutuelles de santé communautaires dans les communes de Say, Filingué, Aguié, Dakoro et Guidan Roundji, au titre d'expériences pilotes. Un suivi de ces mutuelles réalisé en 2011 par le ministère de la Santé et l'ONG ONDPH-Niger, avec l'appui de l'OMS, a montré des résultats très faibles en termes de couverture des populations cibles, comme le montre le tableau ci-dessous, qui recense les années de plus forte adhésion (entre 2008 et 2009).

Ce suivi de cinq mutuelles ne produit pas d'autres données chiffrées permettant d'évaluer les prestations et la viabilité de ces mutuelles. Plusieurs difficultés ont été soulignées, parmi lesquelles :

- les années de plus forte adhésion correspondent à l'année de leur lancement. Le nombre d'adhésions chute les années suivantes ;
- le recouvrement des cotisations connaît la même évolution, avec pour certaines mutuelles un quasi-arrêt des cotisations ;
- des cas de non-respect des conventions par le personnel des centres de santé intégrés (CSI) ou des hôpitaux de district (HD) couverts, liés à la mobilité de ce personnel et à la non-transmission des consignes, obligeaient les mutualistes à payer l'intégralité des soins.

TABLEAU 4 Adhésions aux mutuelles de santé communautaires (MSP, OMS et ONDPH-Niger)

	AGUIÉ	DAKARO	FILINGUÉ	GUIDAN R	SAY
Population des communes	102 000	42 130	52 400	75 000	45 500
Adhérents aux mutuelles	0	89 (2009)	129 (2009)	103 (2008)	148 (2009)

EXEMPLE DE L'EXPÉRIENCE DE LA MUTUELLE DE SAY

La mutuelle de santé «Mballa» (entraide) de Say a été créée en février 2008 avec l'appui de l'OMS, du ministère de la Santé publique et de l'ONG «Organisation nigérienne pour le développement à la base du potentiel humain» (ONDPH). Depuis sa création, l'ONG ONDPH a rendu visite à la mutuelle deux fois. L'assemblée générale (AG) regroupe les adhérents, les chefs de quartiers et les représentants des organisations de la société civile locale. Elle se tient normalement deux fois par an, mais ne s'est plus réunie depuis un certain temps. De même, le Conseil d'administration ne tient plus de réunion mensuelle systématique, contrairement à ce que prévoyaient les textes de la mutuelle. La gestion courante de celle-ci est assurée par un bureau composé de cinq anciens fonctionnaires à la retraite et d'une élève.

La cotisation n'a pas changé depuis la création de la mutuelle et elle s'élève à 1 320 FCFA par an et par bénéficiaire de plus de 5 ans (les enfants de 0 à 5 ans

sont soignés gratuitement). La couverture débute avec le paiement de la cotisation annuelle, qui peut être versée à n'importe quel moment de l'année, mais la couverture s'arrête dans tous les cas le 31 décembre. Aussi, un ancien adhérent qui ne renouvelle sa cotisation qu'en avril, par exemple, ne sera pas couvert de janvier à mars. L'adhésion familiale n'est pas obligatoire, l'adhérent pouvant sélectionner les membres de son ménage pour lesquels il veut cotiser. Un droit d'adhésion est payé lors de la première adhésion à la mutuelle. La mutuelle couvre les consultations ambulatoires, l'observation et l'hospitalisation, les soins et la chirurgie au centre de santé intégré (CSI) et à l'hôpital de district (HD) de Say. La population cible de la mutuelle est celle de l'aire de santé du CSI de Say, soit 27 300 habitants. Les outils de gestion utilisés par la mutuelle sont sommaires : fiches d'adhésion, factures des prestataires et liste des adhérents envoyées aux prestataires et réactualisées lors de chaque nouvelle adhésion.

Le tableau suivant résume les données annuelles de la mutuelle.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MARS 2014
Adhérents inscrits	142	148	52 400	160	167	165	165
Bénéficiaires effectifs	94	74	76	57	41	17	5
Dépenses en prestations	Nc.	30 380	54 400	38 240	16 400	17 200	

Les adhérents inscrits sont des individus enregistrés dans le registre de membres de la mutuelle, mais tous ne cotisent pas. De fait, la mutuelle compte peu de bénéficiaires effectifs qui ont réglé leurs cotisations et ont droit aux prestations.

En mars 2014, la mutuelle a en réserve 165 000 FCFA ce qui correspond à un peu plus de 5 ans de prestations, sur la base de la moyenne des dépenses de 2009 à 2013. Ce montant est exorbitant au regard de la norme (réglementation UEMOA) qui fixe le niveau de réserve entre 6 et 9 mois de dépenses en prestations.

Une évaluation plus fine devrait être réalisée sur la base des prestations de soins et de la durée effective de couverture des bénéficiaires (qui paient tous la même cotisation annuelle, mais n'adhèrent pas au même

moment et donc sont couverts pour un nombre de mois variables d'un adhérent à l'autre. Il faut noter que ce système est peu favorable à l'assurance, car il favorise la sélection adverse).

Cependant, il s'avère que la mutuelle dépense globalement peu et thésaurise les cotisations et les droits d'adhésion. La mutuelle est de plus confrontée à des problèmes d'accueil des bénéficiaires au niveau de l'hôpital de district (non-respect du conventionnement). Il n'est par conséquent pas étonnant de voir le nombre de bénéficiaires effectifs diminuer chaque année et les membres des organes de gestion de la mutuelle se démotiver.

Source : entretien avec les membres du bureau de la mutuelle (2014)

En 2012, le ministère de la Santé publique, avec l'appui de la Coopération technique belge, a mis en place une mutuelle dite communale, dans la commune de Falmey, en partant des enseignements tirés du développement des mutuelles dans la sous-région «dont le diagnostic de l'échec dans plusieurs pays africains n'est plus à faire: en effet, l'assiette d'assurés ainsi constituée au départ ne permet généralement pas une mutualisation pérenne des risques maladie et des moyens financiers pour les couvrir. Une telle mutuelle gère généralement de manière désastreuse le contrôle des soins dispensés aux assurés par l'impossibilité de dégager les moyens financiers nécessaires à sa gestion, son nombre d'assurés augmente très difficilement par la suite et son taux de fidélisation des assurés diminue au fil du temps. De plus, cette approche «communautaire» au lieu de directement «communale» rend plus difficile, au niveau de la commune, la prise en charge des indigents et la mise en place de financement alternatif car l'ensemble des habitants de la commune pouvant contribuer ne contribue pas».⁴²

L'étude de faisabilité de cette mutuelle communale précisait que «[s]i un tel seuil [taux de pénétration de 50 pour cent] ne peut pas être atteint rapidement au démarrage de la mutuelle (en l'espace d'un mois par exemple) il faudra techniquement admettre que la mutuelle communale n'aura pas beaucoup plus de chance que la mutuelle communautaire de contribuer à atteindre rapidement la CMU au niveau national et alors envisager d'autres approches stratégiques»⁴³.

En 2014, la mutuelle de Falmey n'a toujours pas débuté ses activités, pour diverses raisons apparemment liées à sa gouvernance et à un manque de médicaments au niveau du CSI de Falmey.

Le fait que la mutuelle de Falmey ne soit toujours pas fonctionnelle souligne les difficultés de mise en œuvre des mutuelles et la nécessité d'accompagner leur démarrage. L'expérience de la mutualité en Afrique montre que les mutuelles fonctionnelles et capables de couvrir une part importante de la population ont nécessité un très fort appui technique et un accompagnement constant. L'exemple inverse de la mutuelle de Say illustre bien la faiblesse, sinon l'échec des expériences lancées sans appui ni suivi.

La réussite de la proposition formulée par le MSP nécessiterait par conséquent de déployer des moyens particulièrement importants, d'autant plus qu'il s'agit à terme de couvrir les 265 communes du Niger.

Par ailleurs, le concept de mutuelle communale se réfère au modèle rwandais, qui adosse fortement la mutuelle à la commune. L'implication des communes dans la mise en œuvre et le fonctionnement des mutuelles pourrait limiter l'ampleur de l'appui technique à mettre en œuvre. Cependant, les participants à l'atelier technique ont souligné la faiblesse actuelle d'une très grande majorité des communes, qui disposent de peu de moyens, sont confrontées à de multiples difficultés, n'arrivent pas à mobiliser leurs ressources financières propres (le taux de recouvrement de la taxe municipale payable par les habitants des communes de 16 à 60 ans (hors scolaires et handicapés) ne dépasserait globalement pas dix pour cent) et sont dans l'incapacité de mettre en œuvre leurs plans de développement locaux. Il est par conséquent difficilement envisageable que ces communes jouent un rôle prépondérant dans le développement des mutuelles, comme cela a été le cas au Rwanda.

Enfin, il importe de souligner que le concept de mutuelle est régi par le règlement n°07/2009/CM/UEMOA portant Réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Ce règlement qui fixe le principe de la liberté d'adhésion (articles 12 et 33) et, dans le cas particulier des mutuelles professionnelles, de l'adhésion automatique (article 33). En revanche, la réglementation ne permet pas l'adhésion obligatoire aux mutuelles de santé. Par conséquent, l'approche des mutuelles communales à adhésion obligatoire n'est pas compatible avec le règlement de l'UEMOA. Celles-ci doivent donc soit revenir à une adhésion volontaire, avec toutes les limites de cette approche observées dans la sous-région, soit fixer un autre statut pour ces «systèmes d'assurance à base communale» qui permettront une adhésion obligatoire.

■ 3.4. Une autre approche proposée par le METSS et le BIT, basée sur une diversification des dispositifs d'affiliation et de recouvrement

Cette seconde approche est formulée dans le cadre du plan d'appui au Niger du BIT, conjointement avec le METSS. Elle vise à appuyer la réflexion en cours et proposer des alternatives aux faiblesses du régime proposé par le MSP, sans nécessairement remettre totalement celui-ci en question. L'architecture proposée ici a en effet ceci en commun avec celle du comité technique, présentée précédemment, de mettre en place une structure centralisée. Elle s'en distingue en revanche à la base par une stratégie d'extension de l'assurance qui n'est pas uniquement basée sur la promotion des mutuelles de santé. Face aux limites de ces dernières, elle vise au contraire à diversifier et combiner les dispositifs les plus adaptés pour toucher tous les groupes cibles de la population, notamment au sein de l'économie informelle et du monde rural. Cette approche reprend les principes de la protection sociale de santé énoncés dans la section 1, à savoir universalité, solidarité nationale, responsabilité générale de l'Etat, implication de tous les acteurs et approche fondée sur les droits.

⁴² Vigneul, Résultats de l'enquête de faisabilité concernant la mise en place d'une mutuelle de santé communale à Falmey (Région de Dosso), février 2013

⁴³ Idem

Cette approche permet par ailleurs de coordonner les mécanismes existants de financement de la santé, et les mécanismes à créer, en vue d'assurer un accès universel dans un laps de temps adéquat, mais aussi la prestation efficiente et effective de soins de santé de qualité, la protection financière et la bonne gouvernance fondée sur la pérennité financière, budgétaire et économique. Les objectifs d'une telle approche sont présentés ci-dessous.

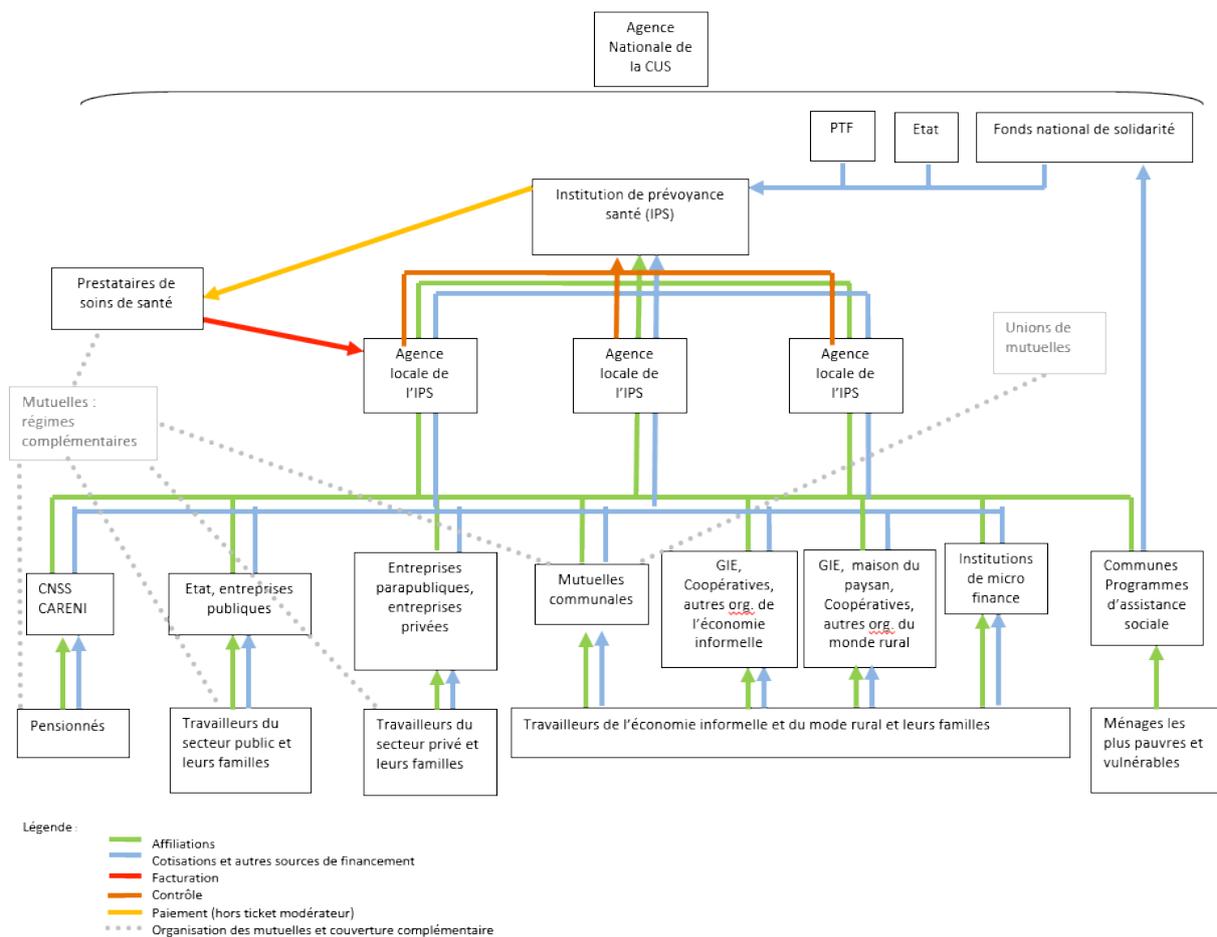
- Favoriser la solidarité entre les groupes socio-économiques et la mutualisation du risque et du financement au niveau national.
- Regrouper toutes les opérations complexes de gestion technique et financière de l'assurance au sein d'une structure nationale sur laquelle pourront se focaliser les appuis techniques.
- Déléguer à des acteurs qui œuvrent avec les différents groupes de population, notamment les organisations du monde du travail, les tâches d'information, d'affiliation et de recouvrement. Cette délégation doit permettre une adaptation des mécanismes de l'assurance à la complexité et à la multiplicité des situations et des profils, en particulier au sein de l'économie informelle urbaine et du monde rural.
- Limiter la complexité technique des opérations au niveau des organisations délégataires et exploiter au maximum leur plus-value, qui réside dans leur proximité avec les groupes cible.
- Limiter les flux financiers, notamment pour le paiement des prestataires de soins.
- Canaliser les flux d'informations et permettre un contrôle, et un suivi et une évaluation de l'assurance.
- Couvrir différents groupes à travers une mise en œuvre progressive basée sur une intervention coordonnée et simultanée des différents acteurs.

3.4.1. Niveaux d'organisation

L'architecture proposée répartit les domaines de gestion de l'assurance et l'organisation des flux techniques, financiers et d'information sur trois grands niveaux.

- **Un niveau central**, désigné ici sous le terme générique d'Institution de prévoyance santé (IPS), qui centralise l'ingénierie de l'assurance, notamment en ce qui concerne la gestion des risques. Elle définit, suit et évalue le produit d'assurance-maladie, contractualisé avec l'offre de soins. L'IPS constitue l'unique interlocuteur, destinataire des factures de soins et organisme payeur des prestataires de soins, ce qui simplifie les procédures de ces derniers. L'IPS organise et supervise le déploiement de l'assurance et la formation des différents acteurs. Dans un objectif d'efficacité et de proximité, elle délègue certaines fonctions de gestion technique concernant l'affiliation et le recouvrement. L'IPS met en œuvre et assure la maintenance d'un système d'information qui permet une gestion efficace des flux d'informations entre les structures délégataires, l'IPS et ses antennes régionales, et les prestataires de soins. Ce système fournit les informations nécessaires à la surveillance, au suivi et à l'évaluation de l'assurance. L'ensemble des fonctions de support liées à la gestion des ressources humaines, comptables et financières, sont intégrées à l'IPS.
- **Un niveau intermédiaire**, constitué par des antennes (ou caisses) régionales de l'IPS, qui sont une représentation locale de l'IPS et jouent le rôle d'intermédiaires entre celle-ci, les dispositifs d'affiliation et les prestataires de soins. Elles constituent un premier niveau de contrôle des immatriculations, du recouvrement des cotisations et des factures des prestataires de soins.
- **Un niveau local**, avec un ensemble d'acteurs qui se voient déléguer par l'IPS les opérations liées aux relations avec les assurés (informations, opérations d'immatriculation et de recouvrement). Ces acteurs peuvent être des dispositifs existants ou dont la mise en place est programmée à court terme, fonctionnels et reconnus officiellement. Un ensemble de structures pré-identifiées dans le cadre de la mission du BIT en mars 2014 est brièvement présenté plus bas. Une identification plus précise devrait être réalisée dans le cadre des études de faisabilité.

Ce régime propose par ailleurs la création d'une agence nationale de la CUS (AGN/CUS) pour assurer la régulation et la supervision de l'ensemble du système. Cette agence appuie les négociations et la révision des conventionnements avec l'offre de soins, contrôle la gouvernance et veille à l'équilibre financier de la CUS. L'AGN/CUS supervise et contrôle les agréments passés avec les structures délégataires. Cette agence rassemble l'Etat, les partenaires sociaux, les organisations représentatives de l'économie informelle et du monde rural, ainsi que les prestataires de soins. La fonction de représentation des assurés peut être réalisée à ce niveau par les partenaires sociaux et les organisations de l'économie informelle et du monde rural.

FIGURE 6 METSS, BIT - Schéma alternatif

3.4.2. Populations cibles et délégation des fonctions d'immatriculation et de recouvrement

Sur la base du principe de la délégation de gestion, l'IPS confie à des structures un certain nombre de tâches liées à l'admission des bénéficiaires, au recouvrement des cotisations et plus globalement à l'information des groupes cibles. L'objectif est ici de répartir les différents métiers de l'assurance sur plusieurs acteurs en fonction de leur plus-value, car un dispositif national seul ne peut efficacement gérer les relations avec les assurés du fait de la diversité des profils et de la complexité de l'économie informelle et du monde rural, qui rassemble la quasi-totalité de la population.

Contrairement à l'approche mutualiste promue par le MSP, qui mélange les catégories socioprofessionnelles dans des mutuelles, cette approche vise à diversifier les «portes d'entrées» dans l'assurance afin d'adapter les procédures d'affiliation et de recouvrement à la diversité des activités économiques et des revenus.

Comme souligné plus haut, la CUS au Niger combine un régime contributif d'assurance et un régime non contributif pour les plus pauvres. Dans le cadre du régime contributif, elle se fonde logiquement sur l'organisation du monde du travail qui cible les actifs occupés disposant de revenus et, à travers eux, leurs dépendants.

3.4.2.1. Travailleurs du secteur formel

Pour les travailleurs du secteur public et privé, l'adhésion est obligatoire et repose sur un régime classique de sécurité sociale fondée sur le salariat.

- Les fonctionnaires sont affiliés par l'administration publique en charge également du prélèvement des cotisations sur les salaires et du paiement de la part employeur ;
- Les salariés du secteur privé sont inscrits par leurs employeurs également chargés du paiement des cotisations des travailleurs et employeurs.

3.4.2.2. Retraités du secteur formel

L'adhésion devra être également obligatoire.

- Les retraités du secteur public sont affiliés par le Fonds national de retraite (FNR), puis par la Caisse Autonome des Retraites du Niger (CARENI) lorsque celle-ci sera mise en place et prendra le relai du FNR.
- Ceux du secteur privé sont affiliés par la CNSS.

Il faut toutefois souligner l'objectif de la PNPS d'étendre la gratuité des services de santé aux personnes âgées. Dans ce cas, la couverture par l'assurance se ferait dans le cadre d'un régime non contributif, de la même façon que pour les ménages les plus pauvres et vulnérables.

3.4.2.3. Ménages de l'économie informelle urbaine

L'adhésion devrait être à terme obligatoire par le biais d'incitations et de mécanismes coercitifs. Elle pourrait être automatique dans un premier temps et s'accompagner de mesures incitatives (voir ci-après). La mission d'appui du BIT en mars 2014 a permis d'identifier plusieurs structures qui pourraient intervenir dans l'affiliation et le recouvrement.

- L'Union Générale des Syndicats de l'économie informelle (UGSEIN) compte environ 65 000 travailleurs (en 2012) répartis dans 29 corps de métiers (taxis, mécanique, coiffure, commerce, etc.). L'UGSEIN a pour projet d'organiser ces travailleurs en Groupements d'intérêt économique (GIE), notamment en vue de faciliter leur adhésion aux branches vieillesse et risques professionnels de la Caisse nationale de sécurité sociale (affiliation volontaire). Les syndicats et groupements membres de l'UGSEIN montrent un intérêt marqué pour l'extension de la protection sociale, et certains corps tels que les chauffeurs de taxi ont débuté leur adhésion à la CNSS.
- Les institutions de microfinances (IMF) comptaient globalement en 2011, sur l'ensemble du territoire, 192 guichets/points de services et 129 000 bénéficiaires⁴⁴. La relation entre la microfinance et des mécanismes d'assurance-maladie n'est pas nouvelle, elle est expérimentée sous diverses formes, notamment dans la sous-région, et ces relations sont clairement identifiées afin d'éviter la création d'un système de santé à deux vitesses. Les IMF, à l'exemple d'ASUSU mènent par ailleurs des activités de sensibilisation et de promotion sanitaire.
- Dans le cadre du Projet de résilience dans les communes de convergence⁴⁵ (I3N/UNICEF/PAM/FAO) et du Plan d'accélération de l'Initiative 3N, il est prévu de mettre en place des Maisons du paysan (plateforme de services intégrés) qui offriront un ensemble de services (microfinance, entretien et réparation de matériel agricole, approvisionnement en intrants et autres services de proximité). Onze communes sont concernées en 2014 ; l'objectif est d'atteindre 200 communes en 2016⁴⁶. Ces Maisons du paysan doivent couvrir tous les agriculteurs d'une commune et pourraient, entre autres, servir de guichets pour l'assurance-maladie.
- Les filières agricoles constituent une autre piste d'inclusion dans un régime national d'assurance-maladie. Selon le ministère de l'Agriculture⁴⁷, certaines filières telles que le niébé, le poivron ou le riz s'organisent et pourraient intervenir dans les mécanismes de recouvrement des cotisations.
- Les coopératives et autres organisations de l'économie informelle et du monde rural pourraient également intervenir comme délégataires. En 2008, près de 29 500 organisations paysannes étaient recensées ; leur nombre était estimé à 51 400 en 2013. Cependant, selon les estimations, seules dix pour cent de ces organisations sont réellement fonctionnelles.

⁴⁴ CGAP, Portail de la microfinance, https://www.lamicrofinance.org/resource_centers/niger/profilniger1

⁴⁵ Communes de convergence : approche intégrée mettant en synergie les différents acteurs intervenant dans une même zone pour réduire la vulnérabilité des populations et assurer une continuité entre les interventions humanitaires et de développement.

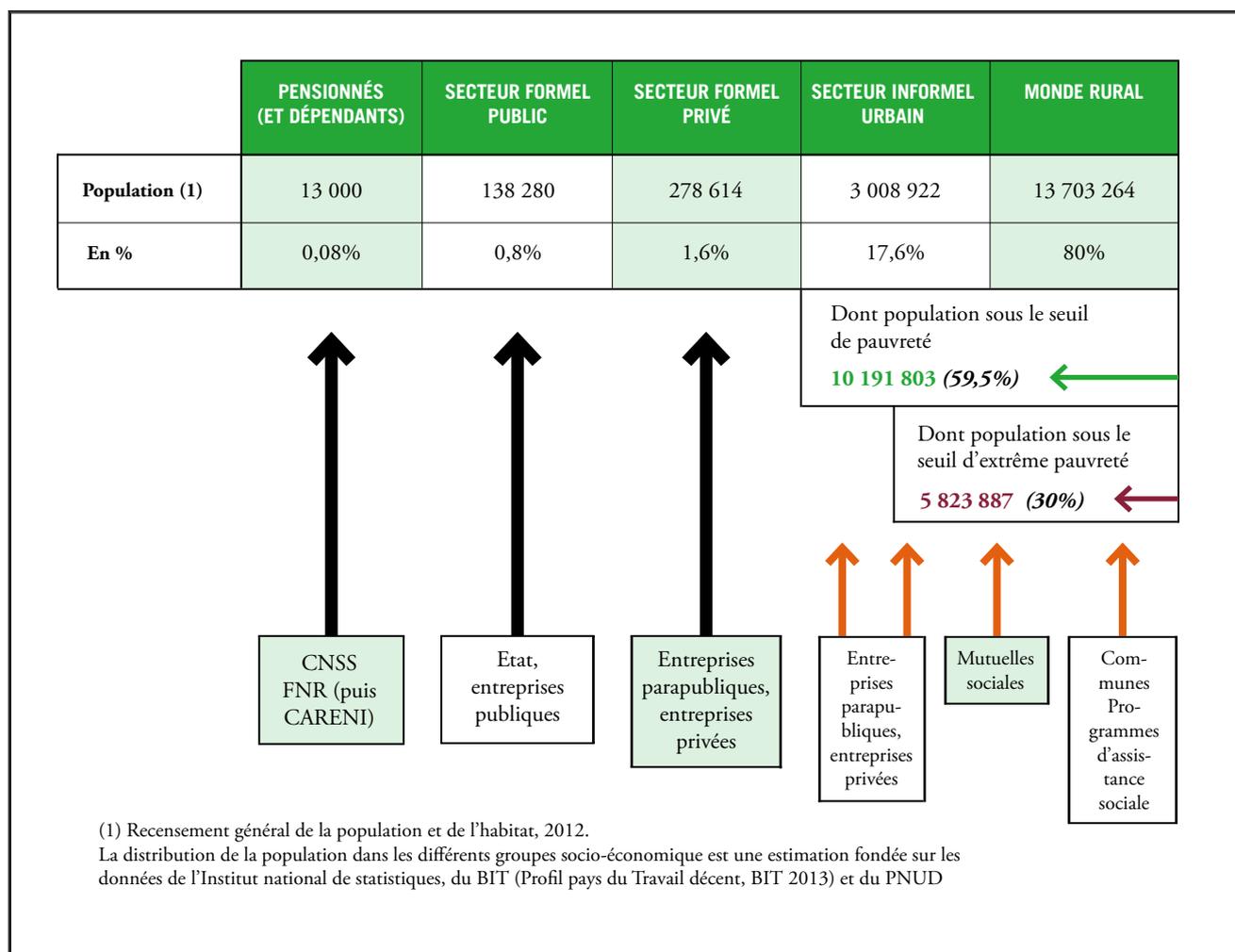
⁴⁶ Entretien avec la Direction générale de l'Agriculture

⁴⁷ Entretien avec la Direction générale de l'Agriculture

- Les mutuelles de santé continuent de figurer comme acteurs dans cette proposition du BIT et du METSS, mais ce ne sont plus les uniques intervenants. Leur rôle dans ce régime est simplifié par rapport à celui proposé par le MSP. Les mutuelles seraient en effet des structures délégataires du système d'assurance-maladie, au même titre que celles des points précédents. Cependant, pour les mêmes raisons de dynamisme soulevées dans le régime du MSP, ces mutuelles devront développer d'autres produits tels que des complémentaires de santé, des allocations décès, etc., tout en respectant les limites imposées par la réglementation de l'UEMOA.

3.4.2.4. Ménages les plus pauvres et vulnérables

La stratégie nationale de financement de la santé prévoit la mise en place d'un Fonds Social de santé (FSS) unique, centralisé, géré par une agence indépendante, avec des antennes régionales et des techniciens (contractuels de l'Agence) dans chaque structure sanitaire. Ce fonds centralise les ressources et le paiement des soins de santé (par tiers payant) des indigents et des cibles de la gratuité des soins. Dans ce cadre, l'affiliation des ménages pauvres et vulnérables à la CUS peut s'effectuer par les communes, comme le prévoit le schéma d'organisation du FSS, voire par l'intermédiaire des programmes d'assistance sociale. Avec près de 50 pour cent de la population vivant sous le seuil de pauvreté et 30 pour cent en situation d'extrême pauvreté, un ciblage rigoureux devra être mis en place afin d'identifier précisément les individus éligibles à une prise en charge de leur couverture par le FSS.



■ 3.5. Mesures d'accompagnement nécessaires pour la CUS : priorité au renforcement de l'offre de soins dans les zones rurales

Des points précédents, il ressort que le principal défi en matière de disponibilité et de qualité des soins et des services de santé, dans le cadre de la CUS, se situera au niveau des populations rurales, qui constituent 80 pour cent de la population du Niger, concentrent la majeure partie des ménages pauvres et vulnérables, et sont les plus défavorisées en termes de couverture de santé et d'utilisation des services.

3.5.1. Cadres d'intervention

Parmi les huit axes stratégiques du PDS 2011-2015, certains concernent directement la problématique de l'accès aux soins de santé en zone rurale.

- L'extension de la couverture de santé : investissements et développement de stratégies fixes, foraines (déplacements périodiques de l'infirmier d'un CSI dans les localités situées à plus de cinq kilomètres du centre de santé) et mobiles (déplacement d'équipes à la rencontre des populations les plus isolées).
- La dotation des structures sanitaires en ressources humaines compétentes et motivées selon les besoins : mise en œuvre d'une Politique nationale de développement des ressources humaines et d'un Plan de développement des ressources humaines 2011-2020.
- La disponibilité permanente en médicaments, vaccins, consommables, intrants alimentaires et thérapeutiques, réactifs, sang et dérivés : renforcement de la logistique d'approvisionnement.
- Le renforcement de la gouvernance et du leadership à tous les niveaux du système de santé : consolidation de la décentralisation/déconcentration et renforcement de l'approche qualité.

Au niveau des PTF, différentes interventions sont programmées.

- L'OMS prévoit la réalisation d'une enquête SARA (Service Availability and Readiness Assessment – Evaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services) afin de cartographier et mesurer la disponibilité et la capacité des centres de santé à fournir les interventions de santé de base.
- En 2014, la Banque mondiale réalise une étude sur les options d'amélioration de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé primaires par la population, en particulier les groupes vulnérables. Cette étude vise à évaluer le fonctionnement du secteur de la santé et à offrir au gouvernement et aux autres parties prenantes un cadre stratégique et une gamme d'options pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la durabilité de l'offre de services et du financement de la santé. Elle a également pour finalité de mettre à la disposition des partenaires au développement les connaissances nécessaires pour mieux définir la nature et la portée de leur soutien futur au secteur de la santé. Cette étude est menée en 2 étapes avec (1) la situation de base et (2) des axes de propositions pour la formulation d'une note de politique sectorielle. Chaque étape fait l'objet d'un rapport; les observations des pages précédentes se réfèrent en partie à l'ébauche du premier rapport.
- Dans le cadre de sa stratégie globale de Renforcement du système de santé (RSS), le ministère de la Santé publique bénéficiera en 2014 d'un appui financier de GAVI Alliance et du Fonds mondial. Le financement de GAVI appuiera les services de vaccination. Les activités liées à la subvention du Fonds mondial (avec Save the Children comme maître d'œuvre) devraient débuter dans le courant du premier semestre 2014, avec pour objectif l'amélioration de l'offre de soins et des structures d'accueil dans le cadre de la lutte contre le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA. Ces activités porteront, au niveau des districts notamment, sur l'équipement des laboratoires des CSI et des HD, et au niveau national sur le renforcement de l'ONPPC, la formation du personnel de santé et le contrôle des données statistiques.
- Les actions du cluster santé ciblent les populations les plus vulnérables et s'inscrivent dans le cadre de l'appel global CAP 2014-2016, qui a pour objectif d'organiser une réponse multisectorielle des acteurs de l'humanitaire au Niger aux crises récurrentes qui frappent le pays. Le CAP s'inscrit dans le concept des «communes de convergence» (voir plus bas).

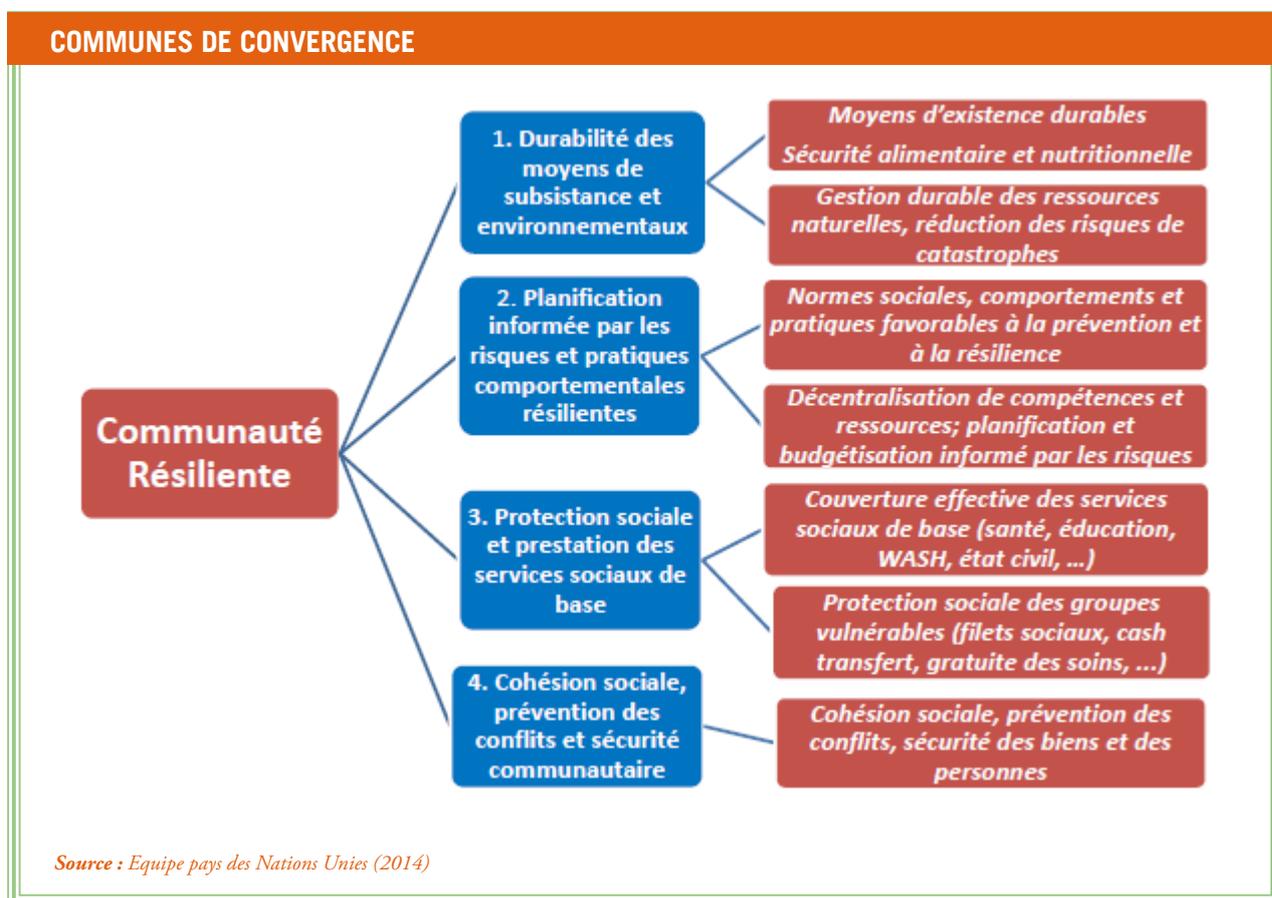
- L'UNDAF 2014-2014 a notamment pour objectif de renforcer les capacités des institutions et de leur permettre de fournir, de manière croissante et durable, des services sociaux de base de qualité, notamment dans le domaine de la santé (équipements, médicaments, ressources humaines et matériels de qualité). Cet objectif s'inscrit dans l'effet 3: «[d]'ici à 2018, les populations vulnérables dans les zones d'intervention utilisent de manière accrue les services sociaux de base incluant les systèmes de protection sociale et de maîtrise de la croissance démographique» et son produit 3-1: «Les populations vulnérables ont accès à des services de santé et des prestations de sécurité sociale de qualité».
- S'ajoutent également les appuis coordonnés des partenaires techniques et financiers dans le cadre du COMPACT pour la mise en œuvre du PDS 2011-2015, comme mentionné plus haut.
- Les actions de renforcement des structures de santé sont dispersées dans ces différents cadres d'interventions et ne font pas l'objet d'un agenda national particulier d'investissement en infrastructures, équipements et dotations en personnel pour les zones rurales.

3.5.2. Une stratégie possible : intégrer le déploiement de la CUS au calendrier des «communes de convergence»

Dans ce contexte, un accompagnement de la CUS en matière de renforcement de l'offre de soins et de services de santé devra s'insérer dans ces différents cadres d'intervention, en sachant cependant que ceux-ci ont des objectifs, des axes d'intervention et des calendriers déjà définis qui pourraient ne pas correspondre précisément aux besoins de la CUS.

Il serait envisageable d'inscrire le déploiement de la CUS dans le calendrier de l'approche des «communes de convergence» développée dans le cadre de l'Initiative 3N (les Nigériens nourrissent les Nigériens) avec l'appui des agences des Nations Unies.

Cette approche vise à harmoniser les programmes à court, moyen et long terme pour apporter aux communes les plus pauvres une réponse complète et intégrée en vue de renforcer leurs capacités de résilience. Il s'agit d'une approche multisectorielle et multi-acteur qui s'appuie sur la commune (élus locaux, conseil communal, chefferie traditionnelle et associations locales) pour élaborer, programmer et mettre en œuvre des paquets d'interventions. En matière de santé, ces paquets peuvent notamment porter sur le renforcement des services de proximité (HD, CSI, cases de santé), la prévention et la prise en charge communautaire des maladies de l'enfance. Les axes d'interventions sont illustrés dans le schéma ci-dessous.



Onze communes sont programmées en 2014, pour lesquelles des plans d'actions communaux ont déjà élaborés et agréés avec les acteurs communaux, le Haut-commissariat à l'Initiative 3N et les agences des Nations Unies (PAM, FAO, UNICEF, PNUD, UNFPA). La phase d'exécution dans ces communes a débuté avec un budget prévisionnel de 18 millions de dollars. Il est prévu dans un second temps de toucher un total de 35 communes.

Un plan d'action pour le renforcement de l'offre de soins, s'insérant dans les plans d'action communaux (ou dans toute autre stratégie de déploiement de la CUS), devrait par ailleurs s'appuyer sur les bonnes pratiques, inventoriées dans le cadre de l'évaluation du PDS 2005-2010, qui ont permis d'améliorer l'accès aux services des populations :

- l'organisation d'activités foraines comme stratégie avancée d'augmentation de l'utilisation des soins préventifs et des consultations curatives de base ;
- les cliniques mobiles, qui constituent un autre type de stratégie de développement de l'accès aux soins ;
- la construction des cases de santé et le renforcement de la formation des agents de santé communautaires, ainsi que la construction de centres de santé intégrés. Les cases de santé et les CSI sont en effet les structures sanitaires de premier contact le plus à même de répondre aux besoins sanitaires de la population. Il est à souligner que ce point s'inscrit dans l'approche intégrée du BIT au Niger, qui promeut les travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO). L'approche HIMO s'intégrerait bien à celle des communes de convergence, qui cible les zones les plus pauvres: il s'agirait en effet de développer les infrastructures de santé de base tout en augmentant les revenus et le pouvoir d'achat des populations défavorisées et en contribuant à la monétarisation du milieu rural et au renforcement de l'économie locale;
- l'opérationnalisation des hôpitaux de districts et la mise en œuvre d'activités de chirurgie mobile permettant à des équipes chirurgicales de l'échelon supérieur de prendre charge certains cas au niveau des blocs opératoires des hôpitaux de districts.

Cette inclusion dans l'approche des communes de convergence présente un autre avantage, à savoir qu'il serait possible de la relier à d'autres paquets d'intervention, notamment la création de Maisons du paysan, des plateformes de services intégrés qui pourraient intervenir dans les mécanismes d'affiliation et de recouvrement pour l'assurance-maladie. Il faudrait également créer un lien avec les mécanismes de transferts sociaux (filets sociaux, gratuité des soins) pour le financement de l'inclusion des ménages les plus pauvres dans l'assurance.

| 4 |

VERS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CUS NIGER - Éléments pour les étapes suivantes

4. VERS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CUS NIGER - Éléments pour les étapes suivantes

La phase de conceptualisation de l'architecture de la CUS au Niger n'est pas achevée. D'une part, deux approches sont discutées. Celle proposée par le MSP souffre de multiples faiblesses et n'a que peu de chance de succès, au regard des expériences mutualistes au Niger et dans la sous-région ainsi que des faibles capacités des communes. L'autre approche, proposée par le BIT et le METSS, élargit les mécanismes et les chances d'inclusion des différentes catégories de population en proposant de déléguer certains métiers de l'assurance (affiliation, recouvrement) à des organisations existantes (GIE, institutions de microfinance, coopératives, etc.) disposant d'une capacité de mobilisation et de travail avec les actifs de l'économie informelle et du monde rural. Dans ce régime, les mutuelles de santé restent des acteurs afin de toucher les travailleurs qui ne sont pas membres de telles organisations.

La discussion relative à l'architecture de la CUS ne devrait donc pas être fermée et une fusion des deux approches est possible au sein d'un régime qui n'impose pas l'adhésion uniquement par le biais des mutuelles de santé et dont la mise en œuvre débute par la création d'un dispositif national d'assurance-maladie conforme aux dispositions énoncées dans la section 1 de ce rapport. D'autre part, l'adoption d'une première ébauche de l'architecture de la CUS, qui permettra d'orienter les études de faisabilité, doit passer par une restitution et un dialogue national afin d'obtenir le consensus de toutes les parties prenantes.

Les études de faisabilité devront notamment porter sur les points suivants, dont certains sont approfondis ci-dessous. y

- La définition d'un paquet de soins adapté.
- Le financement et la gouvernance de la CUS.
- Les catégories de structures sanitaires à conventionner.
- Le schéma organisationnel de l'assurance, les ressources humaines et matérielles nécessaires.
- Le fonctionnement technique : gestion des immatriculations, des cotisations et des prestations.
- Les mécanismes de lutte contre les risques liés à l'assurance-maladie et de maîtrise des dépenses (nomenclature des actes, liste des médicaments remboursables).
- Le système d'information.
- Les aspects juridiques et réglementaires.

Comme souligné précédemment, le renforcement de l'offre de soins constitue une mesure indispensable d'accompagnement de la mise en œuvre de la CUS dont l'objectif vise, d'une part, à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et, d'autre part, que ces services soient disponibles et de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût entraîne des difficultés financières pour les usagers.

L'existence d'une infrastructure sanitaire capable de fournir des services de santé de qualité constitue une condition nécessaire à la mise en œuvre et au succès de la CUS. Sur ce plan, les analyses du secteur de la santé montrent que des efforts importants sont à réaliser afin d'améliorer la couverture géographique, l'efficacité de la prestation des soins et la capacité à répondre aux besoins prioritaires des populations, surtout en zone rurale.

Dans le cadre du processus de mise en œuvre de la CUS, les études de faisabilité devront s'intéresser à cette problématique, notamment pour la définition du paquet de soins et de services couverts, le calcul de son coût et son financement. Par ailleurs, l'ampleur des besoins de renforcement de l'offre de soins nécessitera de concevoir un programme à part entière qui devra être coordonné avec la mise en œuvre de la CUS. Enfin, les aspects liés à l'accueil des patients et à la qualité des services devront être pris en compte dans les modalités de contractualisation entre l'assurance et l'offre de soins.

■ 4.1. Etapes et recommandations pour la mise en œuvre de la CUS

4.1.1. Stimulation de l'appropriation nationale du projet de CUS

Les capacités limitées en termes de ressources humaines et financières au Niger font que la communauté internationale, par l'aide au développement, joue un rôle important dans la mise en œuvre, la définition et l'opérationnalisation de la CUS. Force est de constater qu'une multiplicité de partenaires techniques et financiers s'intéresse de près à ce dossier, avec une grande diversité d'approches en matière de couverture universelle. Cette diversité, ainsi que les normes internationales en la matière et les documents de politiques internationaux, alimentent le débat national qui doit aboutir à l'élaboration d'une vision portée par le gouvernement du Niger et ses partenaires sociaux, et sur laquelle s'aligneront les partenaires techniques et financiers qui souhaitent contribuer au succès de la CUS.

4.1.2. Mise en place d'un mécanisme de pilotage consensuel

La coordination et la coopération entre le MSP et le METSS, voire le MP/PF/PE, constituent une priorité immédiate pour la poursuite du processus de conception et de réalisation de la CUS au Niger. Les tensions observées entre ces ministères bloquent la définition d'une approche, adaptée aux spécificités, cadres et politiques de développement du Niger.

Cette situation est d'autant plus dommageable que des appuis techniques et des financements de la CTB et du BIT sont d'ores et déjà disponibles pour réaliser les études de faisabilité. Ces appuis sont tous rattachés à un ministère partenaire, le MSP pour la CTB et le METSS pour le BIT, le risque est donc grand de voir se réaliser des études parallèles et non coordonnées.

Le projet de mise en œuvre d'une couverture universelle est d'une complexité et d'une ampleur qui justifient l'union des moyens et des domaines de compétence des ministères. Il est impératif de coordonner et d'instaurer une coopération entre les ministères pour la poursuite du processus de conceptualisation de la CUS, puis de réalisation des études de faisabilité. Cette coordination devrait être impulsée et coordonnée au plus haut niveau.

L'arrêt du MSP instituant le Comité technique responsable de la CUS ainsi qu'une note de cadrage pour la constitution de groupes de travail nationaux, l'UEMOA, dans le cadre de son projet «Appui à l'extension de la couverture du risque maladie dans les Etats membres de l'UEMOA», constitue une base de travail autour de laquelle les parties prenantes devraient pouvoir se concerter et redynamiser le pilotage de la CUS.

4.1.3. Conception de la CUS en synergie avec les autres stratégies et politiques nationales

L'atteinte d'une couverture universelle passe en partie par l'assurance-maladie obligatoire. Si la mise en place d'un régime obligatoire est rapidement envisageable pour le secteur formel, cela est beaucoup moins évident pour l'économie informelle et le monde rural. Il est plus réaliste dans l'immédiat de chercher comment mettre en œuvre des mesures d'incitation pour les travailleurs de l'économie informelle et du monde rural. Ces mesures sont à rechercher dans d'autres secteurs d'activités et la CUS doit s'inscrire en synergie avec, notamment :

- le nouveau Code des investissements, qui prévoit des dispositions pour l'accompagnement de la migration des entreprises du secteur informel vers le secteur formel ;
- la politique nationale de l'emploi qui doit être réactualisée en 2014 ;
- la loi d'orientation et de programmation agricole (LOPA) en cours d'élaboration (avant-projet discuté en février 2014).
Il faut également noter que le ministère de l'Agriculture envisage d'instituer l'Initiative 3N en politique de l'agriculture afin de la pérenniser ; et
- les programmes existants visant la création de la micro et la petite entreprise, l'amélioration des conditions du travail et l'augmentation des capacités de génération de revenus.

Comme souligné précédemment, des synergies devront également être instaurées entre l'Initiative 3N, le projet de communes de convergence et les interventions de promotion des travaux HIMO pour la construction et l'amélioration des infrastructures de santé.

Des partenariats pourront également être tissés avec des programmes spécifiques tels que celui du PNUD de promotion de la responsabilité sociale des entreprises minières, qui prévoit notamment des actions de renforcement de l'accès aux services sociaux de base dans les zones d'Agadez et de Diffa.

4.1.4. Elaboration d'un plan de travail pour le processus de mise en œuvre de la CUS

Comme souligné précédemment, des appuis sont déjà disponibles pour impulser et maintenir une dynamique continue de réalisation des études de faisabilité. Dans ce cadre, un plan de travail précis devra être élaboré pour ces études de faisabilité, passant par une concertation entre les ministères, les partenaires techniques et financiers, les partenaires sociaux, et les organisations de la société civile. En 2013, le MSP a formulé une feuille de route qui devait être discutée lors de l'atelier technique d'avril 2014, ce qui n'a pas été le cas. Cette feuille de route formulée par le comité restreint est peu connue de l'ensemble des membres du comité technique et d'autres partenaires. Dans le cadre du renforcement du pilotage du processus, cette feuille de route devrait être discutée afin de bâtir un plan de travail consensuel qui devrait intégrer, entre autres, les points énumérés ci-dessous.

- **Poursuivre les discussions et finaliser la première ébauche de l'architecture de la CUS** : comme souligné plus haut, il s'agit de rassembler les différentes approches afin de bâtir un régime consensuel, et poser une vision claire et une compréhension commune de ce que devrait être la CUS au Niger pour guider les études de faisabilité. De nouveaux acteurs devraient être associés à cette réflexion ou consultés afin d'explorer toutes les pistes possibles, notamment : les partenaires sociaux, les organisations représentatives de l'économie informelle, le Réseau des chambres de l'agriculture (RECA), la Plateforme paysanne⁴⁸ et d'autres organisations représentatives du monde rural, des institutions de microfinance.
- **Renforcer les capacités des acteurs associés au processus de mise en œuvre de la CUS** : l'atelier a permis de constater, entre autres, une forte asymétrie des informations et des connaissances des participants en matière de protection sociale et d'assurance-maladie. Une mise à niveau des parties prenantes est indispensable à la réussite du processus ; les ateliers de formations programmés par le BIT en 2014 devraient œuvrer dans ce sens.
- **Elaborer un cadre de dialogue national permanent** afin de discuter et valider l'architecture de la CUS et les grandes orientations qui se dégageront au fur et à mesure de la réalisation des études de faisabilité.
- **Organiser et répartir la réalisation des différentes composantes des études de faisabilité** : dans l'hypothèse où le régime de la CUS ne repose pas uniquement sur le déploiement de mutuelles de santé (c'est-à-dire sur la proposition du MSP), ces études devront porter notamment sur la détermination du paquet de soins de santé couvert et de son coût, la mise en place de l'assurance-maladie, le renforcement de l'offre de soins, les mécanismes d'affiliation et de recouvrement des différentes catégories de population (dans l'hypothèse où le régime de la CUS ne repose pas uniquement sur le déploiement de mutuelles de santé). C'est un ensemble complexe de thèmes qui justifie encore une fois l'union des moyens et des domaines de compétence des ministères et des acteurs nationaux dans le cadre d'une approche multisectorielle. Il est impératif de créer une synergie avec les politiques sectorielles, notamment l'emploi et l'agriculture, ainsi que la coopération et la coordination entre les ministères pour la réalisation du processus de conceptualisation de la CUS et de réalisation des études de faisabilité.

Cette coordination doit être impulsée et coordonnée au plus haut niveau. Cette synergie concerne également les partenaires extérieurs. A ce titre, un rapprochement entre le BIT, l'OMS et la Banque mondiale sera nécessaire pour un appui conjoint du renforcement de l'offre de soins de santé. Cette question devra par ailleurs être présentée et discutée avec le cluster santé en vue de présenter le projet de la CUS et d'organiser une synergie avec les interventions du groupe des PTF.

Compte tenu de l'ampleur de la tâche, il serait judicieux d'organiser le processus d'études de faisabilité en «programmes» coordonnés par un comité de pilotage national et regroupant chacun, suivant leur objectif, les ministères, les acteurs nationaux et les partenaires techniques et financiers concernés. Les programmes suivants pourraient être envisagés.

- Un programme «mise en œuvre de l'assurance-maladie» chargé de la définition du paquet de soins, de la faisabilité technique et financière, voire des mécanismes de couverture du secteur formel.
- Un programme «économie informelle urbaine» chargé des mécanismes d'incitation et d'affiliation des travailleurs de l'économie informelle et de leurs dépendants. Ce programme travaillerait en synergie avec les politiques pour l'emploi et autres en lien avec ce secteur, et les ministères et acteurs nationaux concernés.
- Un programme «monde rural» s'intéressant de la même façon aux travailleurs du secteur agro-sylvo-pastoral et à leurs dépendants, et travaillant en lien avec la politique et la loi d'orientation agricole, les filières agricoles ainsi que les programmes intervenant dans ce secteur, notamment le Projet de résilience dans les communes de convergence et l'Initiative 3N.
- Un programme «populations les plus pauvres et vulnérables» travaillant avec les communes et les programmes

⁴⁸ La Plateforme paysanne du Niger rassemble des associations, des fédérations, des unions, des coopératives, des groupements et des GIE, et représente (en 2013) environ 500 000 exploitations familiales (<http://pfpniger.org/>)

- d'assistance sociale pour le ciblage et l'inclusion de ces populations dans la CUS, en lien avec l'I3N et le Dispositif national de prévention et de gestion des catastrophes et crises alimentaires.
- Un programme «mutuelles de santé» peut également être envisagé avec les ONG nationales et internationales pour la promotion de mutuelles de santé conformément à la réglementation UEMOA. Contrairement à l'approche du MSP, les ménages seraient libres d'adhérer à ces mutuelles ou de s'affilier à l'assurance-maladie par d'autres mécanismes. Ce programme pourrait encourager les ONG locales et extérieures à initier des expériences mutualistes, moyennant un cahier des charges à respecter pour assurer la cohérence des mutuelles avec le régime national de l'assurance-maladie.
 - Un programme «renforcement de l'offre de soins» qui constitue un accompagnement indispensable à la CUS. Ce programme s'inscrit dans les objectifs du Plan de développement sanitaire et travaille en lien étroit avec les institutions et les PTF membres du cluster santé au Niger.

4.1.5. Définition d'un paquet de soins adapté et évaluation rapide des implications financières⁴⁹

Le paquet de soins couvert par la CUS devra cibler les besoins réels des populations et tenir compte de l'offre de soins disponible, ainsi que des carences et des besoins spécifiques des populations des zones rurales, en vue d'élaborer une couverture équitable. Il n'existe pas de définition unique de l'ensemble de soins essentiels composant ce paquet. Celui-ci dépend en effet des besoins et des capacités nationales, qui définissent l'ensemble de soins de santé essentiels d'un pays en tenant compte de la situation sanitaire et épidémiologique locale. Cependant, des indications existent pour élaborer ce paquet, notamment dans la convention n° 102 et la recommandation n°202 de l'OIT, comme indiqué dans le chapitre 1 sur les normes internationale et l'annexe 1.

Pour répondre aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité, la CUS devra intégrer les bonnes pratiques recensées dans le cadre du PDS : activités foraines, cliniques mobiles, construction de cases de santé, opérationnalisation des hôpitaux de district, renforcement des capacités du personnel médical et paramédical, et disponibilité des médicaments et consommables médicaux. Il s'agira par conséquent d'organiser la couverture des soins de santé et de développer les services de santé. Les études de faisabilité devront intégrer ces deux aspects et en évaluer le coût et les moyens de financement. Elles devront également permettre d'élaborer une stratégie d'extension commune par commune afin de mesurer les besoins spécifiques et les investissements nécessaires au niveau local.

Les soins de santé essentiels sont souvent fournis dans les pays où les ressources sont rares et les données statistiques limitées, en particulier pour les taux d'utilisation et les coûts des soins de santé connexes. L'estimation du coût de l'extension des soins de santé essentiels en vue d'atteindre une couverture universelle est donc complexe, ce qui pourrait être considéré comme un obstacle au progrès. L'OIT a développé des concepts et des recommandations pour une approche macro d'évaluation du coût de la prestation de soins de santé essentiels dans un pays. Contrairement à un calcul bottom-up qui met l'accent sur le coût des besoins individuels et des services d'une prestation de soins de santé essentiels, l'approche proposée par l'OIT est fondée sur des données agrégées, plus facilement disponibles, et utilise des indicateurs pour le personnel, les médicaments et les infrastructures comme intrants dans un système de soins de santé. Ce modèle permet une première évaluation des coûts des soins de santé essentiels pour l'ensemble de la population et des conséquences financières d'une couverture universelle d'un pays, afin d'alimenter le dialogue national. Cette évaluation est ensuite affinée au fur et à mesure des études techniques et financières.

4.1.6. Développement de l'infrastructure sanitaire par des programmes de travaux HIMO

Les programmes d'infrastructure HIMO bien conçus et bien mis en œuvre présentent des avantages spécifiques dans les pays en développement en termes de facilitation de l'accès aux marchés publics, d'amélioration de l'emploi et d'accroissement de la rentabilité des investissements. Ils fournissent, de surcroît, une bonne occasion à chacun des partenaires d'incorporer des objectifs de politique sociale dans les politiques d'investissements en infrastructures. Ces programmes offrent également de meilleures perspectives pour les petits entrepreneurs de s'établir sur le marché intérieur des travaux publics. Enfin, ces programmes sont attractifs pour les donateurs et les gouvernements en ce qu'ils répondent aux objectifs d'emploi et de lutte contre la pauvreté, améliorent les revenus et le niveau de vie dans les régions rurales et urbaines, réduisent les besoins en devises et renforcent le secteur national de la construction.

Les programmes HIMO prennent en compte la demande croissante de création d'emplois et d'amélioration des moyens d'existence dans les zones rurales et urbaines pour développer des routes rurales, des travaux des infrastructures de gestion

⁴⁹ *Costing an essential health-care package within the national floors of social protection framework. An innovative ILO approach for countries with limited availability of reliable data.* 2014. Département de la protection sociale du BIT, Konrad Obermann et Xenia Scheil-Adlung.

et approvisionnement en eau et de construction de structures sanitaires. Ainsi, l'offre de soins de santé peut être renforcée et modernisée en même temps que les aspects de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité sont pris en compte.

4.1.7. Inclusion de l'accueil et du respect des patients dans le conventionnement entre l'assurance et l'offre de soins

Les plaintes des usagers concernant la disponibilité du personnel (manque de respect aux malades, temps d'attente longs, absentéisme et retards du personnel) et l'accueil dans les structures de santé publiques devront faire l'objet d'une attention particulière dans le cadre du conventionnement établi entre l'assurance-maladie et l'offre de soins. Ce conventionnement devrait intégrer une charte du malade que le personnel médical et paramédical des structures publiques comme privées devra s'engager à respecter.

Outre le conventionnement, les études de faisabilité de la CUS devront examiner les moyens les plus efficaces de représentation des assurés et de remontée des éventuelles réclamations vers l'assurance. Dans le cadre des discussions en cours sur l'architecture de la CUS, cette représentation pourrait se faire grâce à des mutuelles de santé (un régime basé uniquement sur le mouvement mutualiste comporte cependant de nombreuses faiblesses et ne paraît pas indiqué dans le contexte du Niger) ou par les partenaires sociaux, les organisations représentatives de l'économie informelle et du monde rural, et autres acteurs participant à un organe de régulation de l'assurance au niveau national.

4.1.8. Coordination du calendrier de la CUS avec celui du renforcement de la CNSS

Ce point n'est pas des moindres, car les difficultés actuelles de fonctionnement de la CNSS peuvent décourager les partenaires sociaux et les organisations de l'économie informelle de s'engager dans un système de protection sociale de santé. A titre d'exemple, le syndicat des chauffeurs de taxis a réalisé une forte campagne de sensibilisation et de mobilisation de ses membres pour leur adhésion à la Caisse de sécurité sociale (adhésion volontaire aux branches vieillesse et risques professionnels). Toutefois, ceux qui ont adhéré se plaignent aujourd'hui de pertes de leurs dossiers, de difficultés d'accès à leurs droits et d'autres problèmes qui n'encouragent guère à cotiser à un autre dispositif de sécurité sociale.

L'appui prévu au renforcement de la CNSS, inscrit dans le plan d'appui du BIT au Niger, devrait être mené conjointement avec l'appui apporté à la CUS afin d'envoyer un signal positif aux partenaires sociaux et aux organisations de l'économie informelle. Il faut, par ailleurs, noter que ces derniers sont porteurs de propositions d'amélioration des services de la CNSS et de son extension à l'économie informelle.

4.1.9. Capitalisation de l'expertise développée par d'autres pays de la région

Plusieurs pays se sont engagés dans la mise en œuvre d'une couverture universelle de santé, adoptant différentes approches dont certaines sont résumées en annexe 2. Ces expériences constituent un réservoir de pratiques, mécanismes et outils qui pourront, moyennant adaptations, être utilisés par le Niger en fonction de l'approche définie par le pays. Plus que de simples voyages d'étude, il s'agit d'organiser des échanges techniques entre pays, dans le cadre d'une coopération Sud-Sud.

L'utilisation des pratiques et outils développés dans des contextes proches et qui ont démontré leur fonctionnalité et efficacité constitue un gain de temps qui doit permettre au Niger de concentrer ses efforts sur les mécanismes de couverture des différentes catégories de population. L'expérience de l'Institut national d'Assurance-maladie (INAM) au Togo, dont les outils de gestion techniques et le savoir-faire développé en matière de relation avec l'offre de soins pourraient être très utiles au Niger, peut notamment être rappelée.

4.2. Rodage du système d'assurance-maladie sur une population cible restreinte : les agents de l'Etat

Outre ces objectifs techniques et financiers, l'approche préconisée doit également permettre d'élaborer un calendrier réaliste de mise en œuvre et de rodage, puis d'extension de l'assurance à toute la population, en partant des groupes les plus «faciles» à toucher, c'est-à-dire les travailleurs du secteur public et formel privé, pour aller progressivement vers les groupes les plus «difficiles», les travailleurs du secteur informel et du monde rural ainsi que les populations les plus vulnérables.

Cette stratégie s'oppose à la réalisation d'une phase pilote qui toucherait toutes les populations d'une aire géographique limitée, puis serait étendue progressivement à l'échelle nationale. Il s'agit au contraire ici de déployer d'emblée le système au niveau national, mais sur un groupe cible limité, pour ensuite l'étendre aux autres catégories de population. L'objectif de cette démarche est de mettre en place un régime d'assurance-maladie obligatoire qui permettra de développer et de tester tous les métiers de l'assurance-maladie pour ensuite passer à l'étape de consolidation du régime, en étendant la couverture aux autres groupes. La mise en place de l'assurance-maladie nécessite l'élaboration et l'adoption d'un cadre juridique approprié.

Le groupe cible qui paraît le plus approprié pour une première phase de lancement et de rodage du système est celui des agents

civils de l'Etat et des militaires car :

- ils peuvent être directement affiliés par l'Etat dans le cadre d'un régime obligatoire ;
- ils sont répartis sur l'ensemble du territoire, même si une grande majorité vit en milieu urbain ;
- les cotisations peuvent être prélevées et versées par le ministère de l'Economie et des Finances (service des soldes).

Des études de faisabilité ont été réalisées en 2005 avec l'appui du BIT pour la mise en œuvre d'une mutuelle de santé complémentaire (à la prise en charge d'une partie des dépenses de soins de santé par l'Etat) des fonctionnaires. Elles ont permis d'identifier des mécanismes d'immatriculation et de prélèvement à la source des cotisations qui pourront être utilisés dans le cadre d'un système d'assurance-maladie obligatoire, moyennant une nécessaire réactualisation. La création effective de cette mutuelle complémentaire est en cours de discussion ; la création d'un régime obligatoire de base (en substitution du régime spécial actuel) et la complémentarité avec la mutuelle de santé en projet devra (si l'approche est retenue) faire l'objet d'un dialogue avec l'ensemble des parties prenantes.

L'identification des agents de l'Etat comme premiers bénéficiaires d'un système d'assurance-maladie peut être considérée comme injuste, les fonctionnaires étant généralement considérés comme un groupe privilégié. Cette approche est essentiellement pragmatique et vise à d'abord à mettre en place l'ingénierie d'assurance, qui est particulièrement complexe, pour ensuite cibler les efforts sur l'affiliation des différents groupes socioéconomiques, notamment du secteur informel et du monde rural, tout aussi complexe. Autrement dit, il s'agit de traiter les difficultés relatives à la mise en œuvre et à l'extension de l'assurance en passant par deux grands paliers, ou phases.

- Une phase de lancement et de rodage de l'assurance-maladie qui permettra de tester les éléments d'organisation et de fonctionnement de l'assurance identifiés lors des études de faisabilité, et d'apporter les ajustements éventuels. Il s'agira notamment vérifier le respect du conventionnement par l'offre de soins et la fonctionnalité des mécanismes de gestion technique, de contrôle et de suivi des prestations, et de valider le couple cotisations/prestations du paquet de base. Elle permettra également de former et de renforcer les ressources humaines du système d'assurance.

Cette phase devrait se dérouler sur au moins deux années afin d'évaluer les résultats des premiers exercices. Sa durée réelle dépendra de la première étape d'installation de l'assurance (recrutement et formation du personnel, acquisition des moyens matériels, mise en place du système d'information, adoption des textes juridiques et réglementaires. Le comité de pilotage aura pour rôle essentiel de veiller à ce que cette étape soit dynamique et non freinée par des lourdeurs administratives inhérentes à l'appui de l'Etat.

- Une phase d'extension qui marquera l'ouverture progressive de l'assurance aux autres catégories socioéconomiques. Dans un premier temps, cette ouverture pourra se faire au secteur formel privé. Concernant l'économie informelle et le monde rural, et comme souligné plus haut, cette extension pourrait s'organiser en programmes spécifiques se focalisant chacun sur un groupe cible particulier.

ANNEXES

TABEAU 5 Normes minimales en matière de protection sociale de la santé

ANNEXE 1

	CONVENTION N°102 NORMES MINIMALES	CONVENTION N°130A ET RECOMMANDATION N°134B Normes plus élevées	RECOMMANDATION N° 202 Protection de base
Ce qui devrait être couvert	Tout état morbide, quelle qu'en soit la cause ; grossesse, accouchement et leurs suites.	Le besoin en soins médicaux de nature curative ou préventive.	Tout état nécessitant des soins de santé, y compris la maternité.
Qui devrait être protégé ?	Au moins : 50% de tous les salariés, leurs épouses et leurs enfants ; Les catégories de la population économiquement active (au moins 20% de tous les résidents, leurs épouses et leurs enfants) ; Tous les résidents dont les ressources sont inférieures au seuil prescrit.	C.130 : Tous les salariés, y compris les apprentis, leurs épouses et leurs enfants ; Les catégories de la population économiquement active, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble de la population économiquement active, leurs épouses et leurs enfants Les catégories de résidents, formant au moins 75 pour cent de l'ensemble des résidents. R.134 : En outre : les personnes exécutant des travaux occasionnels et leur famille, les membres de la famille de l'employeur vivant sous son toit, dans la mesure où ils travaillent pour lui, toutes les personnes économiquement actives et leur famille, ainsi que tous les résidents.	Protection universelle par une réalisation progressive ; tous les résidents et les enfants devraient bénéficier au moins d'une garantie élémentaire d'accès aux soins de santé essentiels, les non-résidents devraient également pouvoir s'aligner sur les obligations internationales du pays.
En quoi consiste la prestation ?	En cas de mauvaise santé : les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux, la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire. En cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites : les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals dispensés par un médecin, par une sage-femme diplômée, l'hospitalisation si nécessaire.	C.130 : Les soins médicaux requis pour une personne en vue de préserver, rétablir ou améliorer sa santé, et son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels, comprenant au moins : Les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes dispensés dans des hôpitaux, les soins et les services connexes, le matériel médical essentiel, l'hospitalisation si nécessaire, les soins dentaires et la réadaptation médicale. R.134 : La fourniture d'appareils d'aide médicale (tels que les lunettes) et les services de convalescence.	Les biens et les services constituant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, et satisfaisant les critères d'accessibilité, de disponibilité, d'acceptabilité et de qualité ; les soins médicaux prénatals et postnatals pour les personnes les plus vulnérables ; des niveaux plus élevés de protection devraient être fournis au plus grand nombre de personnes possible, aussi vite que possible.
Quelle devrait être la durée de la prestation ?	Aussi longtemps que les mauvaises conditions de santé ou que la grossesse, l'accouchement et leurs suites persistent. Elle peut être limitée à 26 semaines par cas de maladie. La prestation ne devrait cependant pas être suspendue tant que le bénéficiaire reçoit des prestations de maladie ou un traitement pour une maladie reconnue comme nécessitant des soins prolongés.	C.130 : Pendant toute la durée de l'éventualité. Elle peut être limitée à 26 semaines, lorsque le bénéficiaire cesse d'appartenir aux catégories de personnes protégées, à moins qu'il ne reçoive déjà des soins médicaux pour une maladie nécessitant des soins prolongés, ou aussi longtemps qu'il perçoit des indemnités de maladie. R.134 : Pendant toute la durée de l'éventualité.	Aussi longtemps que l'état de santé de l'intéressé l'exige.
Quelles conditions peuvent être prescrites pour l'attribution d'une prestation ?	La période de stage peut être prescrite comme nécessaire pour éviter les abus.	C.130 : La période de stage peut être prescrite comme nécessaire pour éviter les abus. R.134 : Le droit à une prestation devrait être soumis à une période de stage.	Les personnes ayant besoin de soins de santé ne devraient pas être confrontées à une charge trop lourde ni à un risque accru de pauvreté résultant des conséquences financières de l'accès aux soins de santé essentiels. Elles devraient être définies au niveau national et instaurées par la loi, appliquant les principes de non-discrimination, de prise en compte des besoins spécifiques et d'inclusion sociale, et garantissant les droits et la dignité des personnes.

Source : World Social Protection Report 2014-2015 (Rapport sur la sécurité sociale dans le monde) Annexe III

Le Niger a contracté plusieurs engagements internationaux au terme des instruments des droits de l'homme du système onusien et du système régional africain pertinents en matière de couverture universelle sanitaire. Ainsi, il s'est engagé à assurer le respect effectif de plusieurs droits liés à l'accès aux soins de santé à travers différents instruments internationaux. Les droits prescrits au terme de ces instruments ont un caractère universel et s'appliquent à «toute personne». Le tableau ci-dessus résume les principaux engagements du Niger en matière de santé universel.

TABLEAU 6 Obligations internationales contractées par le Niger pour assurer le droit humain de tous les Nigériens à l'accès aux soins de santé essentiels

INSTRUMENTS DE L'ONU

INSTRUMENTS DE L'ONU

- **Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948:** le Niger s'est engagé à respecter le droit de toute personne à la sécurité sociale (article 22) ainsi que le droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, et la sécurité en cas de maladie (article 25).
- **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)** adhésion par le Niger en 1986: la lecture conjointe des articles 9 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels implique l'obligation pour l'Etat nigérien d'assurer l'accès à un système de sécurité sociale fournissant des niveaux minimaux essentiels de prestations à toutes les personnes et les familles lesquels leur permettront de bénéficier au minimum de soins de santé primaires essentiels.
- **Convention relative aux droits de l'enfant (1990)** ratifiée par le Niger en 1990: le Niger reconnaît le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux (article 24) ainsi que le droit de tout enfant de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et s'est engagé à prendre les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec sa législation nationale (article 26).
- **Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)** ratifiée par le Niger en 1999. Le Niger s'est engagé à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé (article 12). Le Niger doit également tenir compte des problèmes particuliers qui se posent aux femmes des zones rurales et prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes en zone rurale, notamment en assurant leur droit à accéder aux services adéquats, y compris aux informations, conseils et services en matière de planning familial et à bénéficier directement des programmes de sécurité sociale (article 14).
- **Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006)** ratifiée par le Niger en 2008. Le Niger s'est engagé à prendre toutes les mesures appropriées pour assurer à ces personnes l'accès à des services de santé et en particulier, à fournir à celles-ci des services de santé gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires (article 25).

INSTRUMENTS RÉGIONAUX

- **Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1986)** ratifiée par le Niger en 1986. Elle reconnaît le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. Le Niger et s'est engagé à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de sa population et lui assurer l'assistance médicale en cas de maladie (article 16).
- **Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1999)** ratifiée par le Niger en 1999: l'Etat nigérien reconnaît le droit de tout enfant de jouir du meilleur état de santé physique, mental et spirituel possible, et s'est engagé à poursuivre le plein exercice de ce droit, notamment en prenant des mesures d'engagement similaires aux obligations contractées en vertu de la Convention relative aux droits de l'enfant (article 14).

ACCORDS TECHNIQUES

- **Déclaration d'Alma-Ata.** Cette déclaration, adoptée en 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, a affirmé que «les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates».
- **Résolution 67/81 sur la santé mondiale et la politique étrangère** rappelant que la mise en œuvre efficace et financièrement viable de la couverture de santé universelle repose sur un système de santé solide et adapté qui comprend des services complets de soins de santé primaires couvrant une zone géographique étendue, notamment les zones éloignées et rurales, et accordant une attention particulière aux populations les plus défavorisées. Cette résolution affirme également que la couverture universelle de santé consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès, sans discrimination, à des services de base définis au niveau national, de promotion de la santé, de la prévention, du traitement et de la réadaptation, et à des médicaments de base sûrs, abordables, efficaces et de qualité, sans que leur coût entraîne de difficultés financières pour les usagers.
- **Règlement N°07/2009/CM/UEMOA portant réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA:** réglemente les mutuelles de santé et fixe les principes fondamentaux régissant la mutualité sociale au sein de l'UEMOA ainsi que les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des mutuelles sociales, union des mutuelles sociales et fédérations (article 2).

EXPÉRIENCES INTERNATIONALES PERTINENTES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CUS AU NIGER

■ 1. Expérience du Gabon

La constitution de la République du Gabon, régie par la loi n°3/91 du 26 mars 1991, garantit à tous la protection de la santé et la sécurité sociale. La mise en œuvre de ce droit constitutionnel s'est traduite par :

- La gratuité des soins dans les structures sanitaires publiques sur le territoire national et des évacuations sanitaires à l'étranger pour les fonctionnaires ;
- La couverture de santé pour les travailleurs du secteur privé par la branche médicale de la CNSS à partir d'une cotisation patronale qui s'élevait à 4,1 pour cent du salaire ;
- La prise en charge sanitaire des travailleurs indépendants et des indigents par la Caisse nationale de Garantie Sociale (CNGS), financée par une dotation budgétaire.

En 1995, face à la persistance des difficultés économiques, le pays a adopté l'ordonnance n°001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon, qui introduit la notion de participation de chacun selon ses ressources au financement des charges liées à la santé.

A partir de cette période, des paiements de plus en plus importants étaient demandés aux patients et les mécanismes existants n'arrivaient plus à assurer une prise en charge efficace. Une étude de la Banque mondiale a montré que les dépenses privées des ménages par paiement direct des soins de santé sont passées de 34 pour cent en 1997 à 52 pour cent en 2001. Face à cette situation, le gouvernement a décidé à partir de 2007 de mettre en place un régime obligatoire d'assurance-maladie et de garantie sociale.

Principales étapes de l'extension de la couverture de santé

Sur la base des différentes études réalisées, le processus d'élaboration du système de couverture de santé au Gabon a suivi les grandes étapes suivantes :

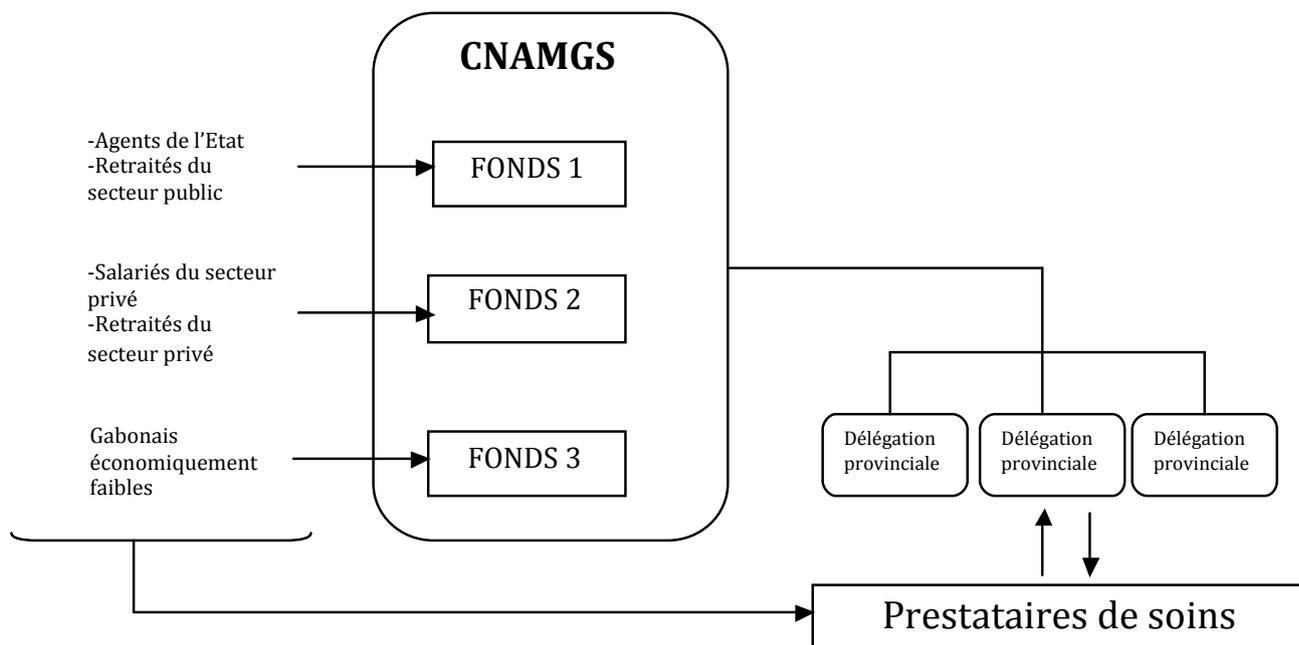
- août 2007 : ordonnance n°0022/PR/2007 instituant un Régime obligatoire d'assurance-maladie et de garantie sociale en République gabonaise ;
- août 2007 : ordonnance n°0023/PR/2007 fixant le régime des prestations familiales des Gabonais économiquement faibles (GEF) ;
- juin 2008 : décret n°00510/PR/MTEPS fixant les statuts de la Caisse nationale d'assurance-maladie et de garantie sociale du Gabon (CNAMGS) ;
- juillet 2008 : décret n°00518/PR/MTEPS fixant les modalités d'attribution du statut de Gabonais économiquement faibles ;
- novembre 2008 : décret n°00969/PR/MTEPS fixant les modalités techniques de fonctionnement du Régime obligatoire d'assurance-maladie et de garantie sociale ;
- décembre 2008 : arrêté n°0021/MTEPS/MSHP définissant le panier de soins du Régime obligatoire d'assurance-maladie et de garantie sociale.

La création de la CNAMGS a entraîné la dissolution de la CNGS et de la branche médicale de la CNSS.

Organisation et fonctionnement du système de couverture de santé

L'architecture du système de couverture de santé du Gabon s'articule autour de l'existence d'une structure nationale de gestion (la CNAMGS) qui gère trois fonds destinés à différentes catégories de population.

ETAT - TUTELLE



DESCRIPTION DES ORGANES

La CNAMGS

La CNAMGS est un établissement public jouissant de l'autonomie de gestion administrative et financière, placée sous la tutelle du ministère chargé de la prévoyance sociale. Elle est administrée par un Conseil d'Administration composé de seize membres représentant à part égale l'Etat (4), les employeurs (4), les travailleurs du secteur public (4) et ceux du privé (4). Elle est chargée de gérer le régime obligatoire d'assurance-maladie et comprend une Direction générale qui dispose de représentations dans les différentes provinces. Toutes les fonctions techniques (affiliation, recouvrement, gestion des prestations) sont assurées par la Direction générale de la CNAMGS en partenariat avec l'ensemble des prestataires de soins. Elle gère de façon distincte les trois fonds.

Fonds 1 : agents de l'Etat et retraités du secteur public

Ce fonds est destiné à la prise en charge des agents de l'Etat et des retraités du secteur public. L'affiliation de ces bénéficiaires est directement réalisée par la CNAMGS. Les ressources de ce fonds proviennent des cotisations sociales fixées à 4,1 pour cent pour l'Etat employeur et à 2,5 pour cent pour le travailleur. La cotisation des retraités est de 1,5 pour cent de la pension, toutefois les retraités dont la pension est inférieure au SMIG (80 000 FCFA) sont exonérés de cotisations. Les immatriculations ont démarré en 2011 et le nombre de bénéficiaires est estimé à 96 744 personnes en 2012.

Fonds 2 : salariés et retraités du secteur privé

Ce fonds est destiné à la prise en charge des travailleurs salariés et les retraités du secteur privé. L'affiliation de ces bénéficiaires est directement réalisée par la CNAMGS. Les ressources de ce fonds proviennent des cotisations sociales fixées à 4,1 pour cent pour l'employeur et 2,5 pour cent pour le travailleur. La cotisation des retraités est de 1,5 pour cent de la pension, toutefois les retraités dont la pension est inférieure au SMIG (80 000 FCFA) sont exonérés de cotisations. Les immatriculations ont démarré en mars 2013 et le bénéfice des prestations est prévu pour juin 2014. Les cotisations de cette cible sont recouvrées par à travers la CNSS.

Le Fonds 3 : Fonds des Gabonais économiquement faibles (GEF)

Ce fonds est destiné à la prise en charge des Gabonais Economiquement Faibles qui sont les personnes indigentes, dont le revenu est inférieur au SMIG. L'affiliation de ces bénéficiaires est directement réalisée par la CNAMGS. Les ressources de ce fonds proviennent de la redevance obligatoire à l'assurance maladie. Il s'agit d'un financement innovant.

Actuellement deux services sont concernés par cette redevance :

- Les sociétés de téléphonie mobile : dix pour cent du chiffre d'affaires est prélevé et versé à la CNAMGS pour le fonds des GEF.
- Les transferts de fonds : 1,5 pour cent du montant des transferts de fonds hors de la zone Communauté économique des Etats de l'Afrique centrale (CEEAC) est versé à la CNAMGS pour le fonds des GEF.

Les immatriculations ont démarré en 2008 et le nombre de bénéficiaires est estimé à 454 019 en 2012.

Panier de soins

Un même panier de soins de base très large est offert à tous les bénéficiaires, quel que soit le fonds d'appartenance. La composition de ce panier est détaillée ci-dessous.

- **Les soins externes et de maternité :**
 - o les consultations médicales,
 - o les soins infirmiers,
 - o les soins dentaires,
 - o les examens radiologiques et/ou imageries médicales,
 - o les examens de laboratoire, et
 - o la petite chirurgie.
- **Les hospitalisations et maternité :**
 - o les frais d'hôtellerie hospitalière,
 - o les frais correspondants aux actes médicaux, chirurgicaux et médico-techniques,
 - o les frais des médicaments administrés au patient, et
 - o les frais occasionnés par le transfert.
- **Les évacuations sanitaires :**
 - o les évacuations sanitaires à l'étranger pour l'assuré et ses ayant droits sont prises en charge par la CNAMGS, et
 - o les assurés qui font objet d'une évacuation sanitaire sont ceux atteints d'une affection curable ne pouvant être traitée sur le territoire national, compte tenu des moyens humains et techniques disponibles.

Forces et faiblesses

Le système de couverture de santé du Gabon, dans son organisation et son fonctionnement, présente des forces qui ont permis d'augmenter rapidement le nombre de personnes couvertes :

- forte volonté politique ;
- adoption d'une ordonnance instituant un régime obligatoire d'assurance-maladie ;
- mise en place d'une institution nationale spécialisée dans la gestion du régime d'assurance-maladie ;
- instauration d'un financement innovant pour la prise en charge des personnes indigentes ;
- transfert social de l'Etat.

Cependant quelques points d'amélioration peuvent être soulignés dans le système gabonais, notamment l'absence de dispositif de prise en charge des travailleurs indépendants et de l'économie informelle non indigents, ce qui pourrait expliquer le nombre élevé d'affiliés au Fonds des Gabonais économiquement faibles. Par ailleurs, il n'existe pas encore de système de redistribution entre les différents fonds.

Le Rwanda est le pays africain dont le système de couverture de santé s'est étendu rapidement à une frange importante de la population. L'analyse montre que le processus d'élaboration du système de couverture de santé a été très progressif, en commençant par les travailleurs du secteur formel avec la mise en place de deux régimes distincts : la Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA) et le Military Medical Insurance (MMI – Assurance médicale militaire).

■ La Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA)

En 2001, un régime d'assurance-maladie obligatoire a été instauré pour les agents de l'Etat par la loi n°24 du 27 avril 2001. La gestion de ce régime est assurée par la Rwandaise d'assurance-maladie, un établissement public doté d'une autonomie de gestion, et dont les organes comprennent un Conseil d'administration, une Direction générale, une commission, des conventions et un contrôle financier. Ce régime est financé par les cotisations sociales, fixées à quinze pour cent du salaire et réparties équitablement entre l'employeur (7,5 pour cent) et le travailleur (7,5 pour cent). Le panier de soins couverts est assez large et comprend les soins médicaux en ambulatoire, les soins hospitaliers, les produits pharmaceutiques, et les actes d'imagerie et de biologie médicale. Sont exclus de la prise en charge les soins réalisés à l'extérieur, la lunetterie, les appareillages, les antirétroviraux, la chirurgie esthétique, les expertises médico-légales et les médicaments de spécialités ayant des équivalents génériques. Les prestations sont prises en charge à 85 pour cent.

En 2003, la loi a autorisé les entreprises privées à affilier leurs travailleurs à la RAMA.

■ Le Military Medical Insurance (MMI)

Un régime spécifique d'assurance-maladie a été mis en place en 2005 pour couvrir les militaires et leurs familles. Ce régime est géré par le Military Medical Insurance, dont le fonctionnement est similaire à la RAMA.

Ce régime est financé par les cotisations sociales, fixées à 22,5 pour cent du salaire dont cinq pour cent à la charge du militaire et 17,5 pour cent à la charge de l'Etat.

Le panier de soins est assez large, avec un ticket modérateur à quinze pour cent. Au total, la RAMA et le MMI couvrent environ onze pour cent de la population rwandaise.

Les principales étapes

La politique d'extension de la couverture de santé aux populations exclues s'est basée sur le développement des mutuelles de santé initié par l'Etat.

■ 2. Expérience du Rwanda

Le système rwandais s'appuie sur les mutuelles de santé pour couvrir les populations de l'économie informelle et du monde rural. Il faut cependant souligner que la définition de ces mutuelles diffère quelque peu de celle utilisée en Afrique de l'Ouest (voir la réglementation de l'UEMOA).

La gestion des mutuelles rwandaise associe des responsables élus par la population, les autorités municipales et les responsables des structures sanitaires. Ces mutuelles diffusent un produit d'assurance dont le paquet de soins et les cotisations sont fixées par l'Etat. Le terme anglais *community-based health organizations* (organisations sanitaires communautaires) est par conséquent plus opportun pour désigner ces mutuelles au niveau du district, qui ne sont pas totalement autonomes au sens de la réglementation de l'UEMOA. En effet, sur les cinq membres du comité de gestion de la mutuelle du district, trois sont des fonctionnaires de l'Etat nommés d'office : le directeur de santé du district, l'adjoint au maire chargé des affaires sociales du district et le responsable de la mutuelle de district. Les deux autres sont élus par les comités des sections des mutuelles de santé. La personne en charge de la mutuelle de district est un fonctionnaire de l'Etat rémunéré par le district.

En revanche, au niveau des sections, le comité de gestion est élu par les adhérents de la section. Le titulaire du centre de santé est invité aux réunions, mais n'a pas le droit de vote. La gestion courante des mutuelles de section est réalisée par un technicien recruté par le district.

L'organisation de mutuelles communales inspirées de l'approche rwandaise doit mettre en place des structures cogérées par les municipalités et des représentants de la population, voire de la société civile, et chargées de l'adhésion des habitants des communes à la CUS et du recouvrement des cotisations. Autrement dit, la définition et les outils de promotion des mutuelles sociales au sens de la réglementation de l'UEMOA sont ici en grande partie inadéquats. Rien n'empêche, dans un tel régime, de développer des mutuelles sociales proposant une couverture complémentaire à celle de la CUS.

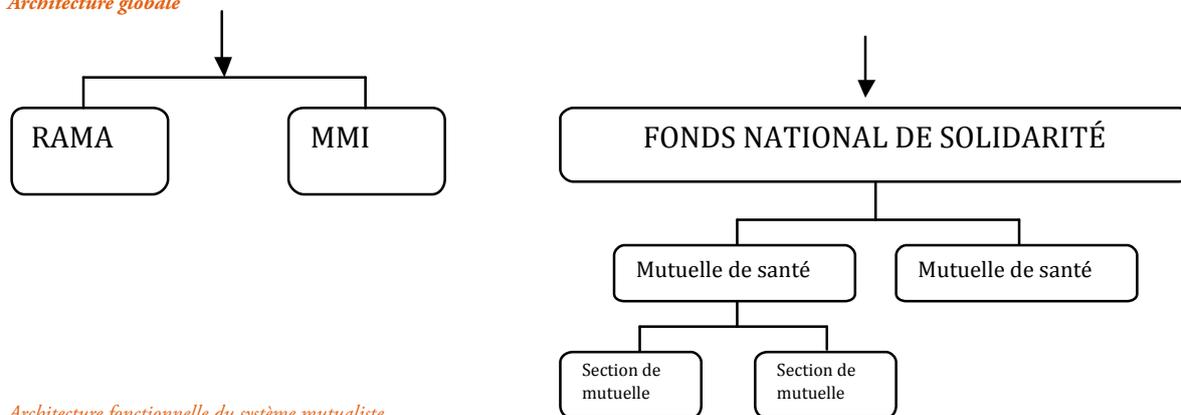
Le processus d'élaboration du système d'extension de la couverture a connu les étapes suivantes :

- **2004** : élaboration du document stratégique de politique de développement des mutuelles de santé ;
- **2005** : élaboration d'une loi régissant les mutuelles de santé ;
- **2005** : création au plan national d'une Cellule technique d'appui aux mutuelles de santé (CTAMS) ;
- **2005** : création de mutuelles de santé dans les trente districts du pays, subdivisées en section de mutuelle ;
- **2006** : création du Fonds de solidarité pour la santé (Risk Pooling) ;
- **2007** : adoption d'une loi rendant obligatoire l'adhésion à une assurance-maladie de toute personne résidant au Rwanda.

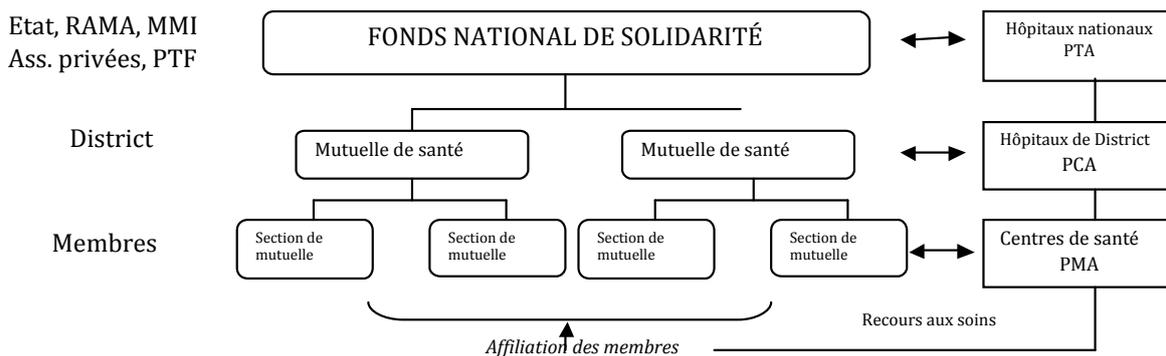
■ Organisation et fonctionnement du système de couverture universelle

En plus de la RAMA et de la MMI, l'architecture du système de couverture de santé est basée sur les mutuelles de santé de province mises en place et appuyées par l'Etat.

Architecture globale



Architecture fonctionnelle du système mutualiste



DESCRIPTION DES ORGANES

■ Section de mutuelle

La section de mutuelle est le point d'entrée des populations du secteur informel, du secteur agricole et des groupes vulnérables dans le système. Elle s'organise autour d'un centre de santé et couvre une population cible de 15 à 60 000 individus.

L'adhésion à la section de mutuelle est familiale et la cotisation est fixée à 1 000 FRW par individu et par an. Elle est administrée par un comité de gestion composé de membres élus et d'un gestionnaire salarié de la mutuelle qui assure les tâches quotidiennes. La section de mutuelle s'occupe notamment de la gestion des adhésions et des cotisations, et prend en charge les prestations offertes au niveau d'un centre de santé (PMA).

Mutuelle de santé

La mutuelle de santé est l'union de toutes les sections de mutuelle d'un District. Elle est gérée par un comité composé de trois fonctionnaires du District et de deux membres élus. La mutuelle de santé prend en charge les prestations offertes au niveau de l'hôpital de district (PCA), et appuie techniquement les sections de mutuelles.

Les ressources de la mutuelle de santé proviennent de différentes sources :

- des sections de mutuelles du District (dix pour cent des cotisations) ;
- du District administratif ;
- du Fonds national de solidarité ;
- des bailleurs de fonds.

■ Fonds national de solidarité

Un fonds national de solidarité est créé au niveau national, placé sous la tutelle du ministère de la Santé et destiné à garantir les mutuelles de santé. Il prend en charge les soins offerts au niveau des hôpitaux nationaux (PTA) et appuie les mutuelles de santé. Il est placé sous le contrôle d'un comité d'audit.

Le fonds est financé par :

- une contribution de la RAMA, du MMI et des sociétés d'assurance privées équivalant à un pour cent du volume des fonds collectés ;
- une contribution de treize pour cent du budget ordinaire annuel du ministère de la Santé ;
- les dons des partenaires techniques et financiers.

Une Cellule technique d'appui aux mutuelles de santé (CTAMS) rattachée au ministère de la Santé est chargée de l'appui, du suivi et de l'évaluation des mutuelles de santé.

■ Les forces et points d'amélioration

Le système de couverture de santé du Rwanda présente des forces qui ont permis un accroissement rapide de la couverture. Il s'agit essentiellement :

- de la volonté et de l'engagement politique forts ;
- de l'adoption d'une loi instituant l'obligation d'assurance-maladie pour tous ;
- d'une forte décentralisation du système permettant la participation de la population, l'enregistrement des adhésions et la collecte des cotisations à la base ;
- de la mise en place au plan national d'un fonds de solidarité pour garantir les activités des mutuelles de santé et prendre en charge les soins offerts au niveau des hôpitaux nationaux ;
- d'une forte contribution financière de l'Etat.

Evolution du taux d'affiliation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taux d'affiliation	7 %	27 %	44,10 %	73 %	75 %	85 %	86 %	91 %

Source : MOH Rwanda, 2011

Toutefois, après quelques années de mise en œuvre, d'importantes difficultés sont apparues liées à l'organisation du système et à son mode de financement. Une revue du système de financement de la santé réalisée en 2008 a identifié les difficultés et faiblesses suivantes :

- insuffisance des fonds mobilisés pour le financement des prestations (forte dépendance au financement extérieur) ;
- faiblesses des mécanismes de mutualisation du risque ;
- faible capacité de gestion et insuffisance du personnel ;

- difficulté à identifier et immatriculer les populations du secteur informel qui ont une faible capacité contributive.

La fragmentation du système par la multiplication des mutuelles de santé entraîne une complexité et nécessite une grande capacité de gestion. Chaque mutuelle de santé doit disposer des compétences pour assurer l'ensemble des fonctions d'un système d'assurance-maladie.

Pour faire face à ces faiblesses et difficultés, des réformes ont été entreprises depuis 2009 et s'articulent autour des points suivants :

- fixation des cotisations en fonction de la capacité contributive de chaque catégorie de population (trois catégories identifiées) ;
- responsabilisation des autorités locales dans la mise en œuvre du système au niveau local ;
- renforcement des capacités de gestion ;
- prélèvement d'une part des ressources des sections de mutuelle pour alimenter le fonds des mutuelles de district et le fonds national de solidarité

Catégorisation de la population

CATÉGORIE	COTISATION ANNUELLE /PERSONNE
Indigents (28,8 % pop)	2 000 FRW, entièrement payé par le gouvernement
Personnes disposant d'une capacité contributive (68,8 % pop)	3 000 FRW avec un ticket modérateur de 10 %
Personnes riches (2,17 % pop)	7 000 FRW avec un ticket modérateur de 10 %

■ 3. Expérience du Ghana

La remarque relative à l'utilisation du terme «mutuelle de santé» au Rwanda est également valable au Ghana, où les mutuelles de district sont étroitement adossées aux collectivités territoriales et diffusent un produit d'assurance défini par la loi.

Après l'indépendance, la gratuité des soins de santé pour tous a été instaurée au Ghana, financée par la fiscalité. À partir de 1970, un paiement symbolique a été instauré pour accéder aux soins dans les structures sanitaires, qui a abouti en 1980 à l'adoption d'une législation en faveur du paiement des soins dénommé cash and carry.

La mise en œuvre de cette législation a entraîné une baisse considérable de la fréquentation des structures sanitaires et de mauvais résultats au niveau des indicateurs de santé. Face à l'absence de dispositif public de couverture du risque maladie, des mutuelles sociales se sont développées dans certaines régions du pays pour faciliter l'accessibilité des soins de santé, avec beaucoup de réussite. À partir de 2002, le gouvernement a lancé une réflexion sur la mise en place d'un système d'assurance-maladie.

■ Principales étapes de l'extension de la couverture de santé

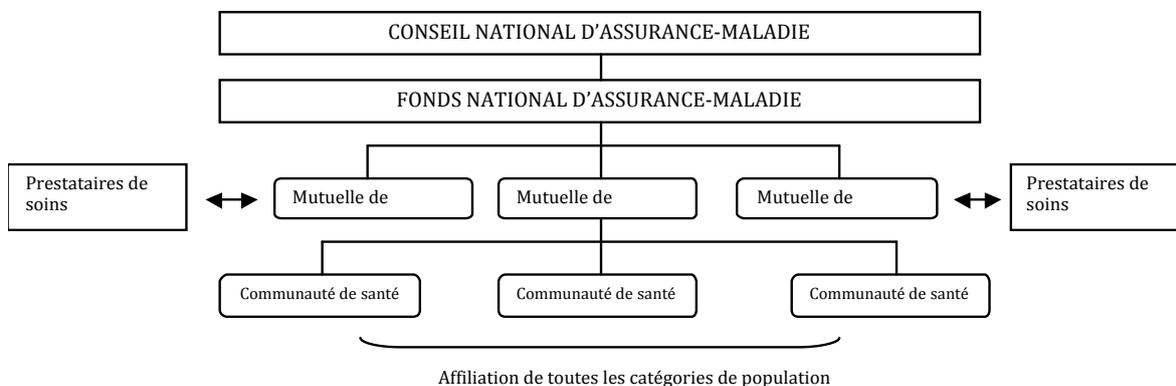
Le processus d'élaboration du système de couverture de santé au Ghana s'est déroulé de la façon suivante :

- 2002 : élaboration de la politique d'assurance-maladie ;
- 2003 : adoption par le parlement de la loi sur l'assurance-maladie qui autorise l'existence de trois types de systèmes, à savoir les mutuelles de santé de districts appuyées par l'État, les mutuelles de santé privées et les assurances commerciales. Tout résident du Ghana doit adhérer au système de son choix ;

- 2004 : inauguration officielle par le gouvernement du nouveau régime d'assurance-maladie, et mise en place des différents organes.

■ Organisation et fonctionnement du système de couverture de santé

L'architecture du système de couverture de santé est fondée sur les mutuelles de santé de district mises en place et appuyées par l'Etat grâce au Fonds national d'assurance-maladie.



DESCRIPTION DES ORGANES

■ Conseil national d'assurance-maladie (NHIC)

C'est l'organe de régulation du système national d'assurance-maladie institué par la loi. Il est composé de quinze membres dont des représentants du gouvernement, des groupes socioprofessionnels et de la société civile. Il est placé sous l'autorité du Président de la République et a pour mission :

- la facilitation ;
- la coordination ;
- la régulation de tous les dispositifs ; et
- l'accréditation de l'offre de soins.

■ Fonds national d'assurance-maladie (NHIF)

Il a été institué par la loi pour appuyer le système national d'assurance-maladie. Ce fonds sert à :

- allouer des ressources aux mutuelles de santé de district ;
- prendre en charge les cotisations des personnes indigentes sur la base des listes adressées par les mutuelles de santé de district ;
- réassurer les mutuelles de santé de district en cas de catastrophes.

Les sources de financement proviennent :

- o d'une TVA de 2,5 pour cent sur certains biens et services ;
- o d'une contribution de la Caisse nationale de sécurité sociale équivalente à 2,5 pour cent des cotisations versées par les travailleurs affiliés ;
- o des subventions des bailleurs.

■ Mutuelle de santé de district

Une mutuelle de santé est créée dans chacun des 110 districts du pays pour prendre en charge les soins de santé des personnes affiliées. La mutuelle de santé de district est composée des organes suivants :

- une Assemblée générale (AG) ;
- un Comité de gestion élu par l'AG ;
- des responsables d'opérations qui assurent la gestion quotidienne.

Le Comité de gestion assure les fonctions de gestion des adhésions, des cotisations et des prestations sur la base des

conventions de partenariat signées avec des prestataires de soins. Il élabore également la liste des personnes indigents et autres personnes exemptées du paiement de cotisations, à adresser au Fonds national d'assurance-maladie. Chaque mutuelle de santé de district est subdivisée en communautés de santé, chargées des activités de mobilisation sociale à la base.

■ Communauté de santé

Une communauté de santé est un groupe de personnes vivant dans une même aire géographique. Un Comité est mis en place dans chaque communauté de santé pour identifier les populations et collecter les cotisations des populations du secteur informel et agricole par l'intermédiaire d'agents collecteurs qui font du porte-à-porte.

Les cotisations collectées par l'ensemble des communautés de santé sont versées aux mutuelles de santé de district respectives.

■ Cotisations

Le montant des cotisations des différentes catégories de populations a été fixé par les textes législatifs.

- Travailleurs du secteur informel : la cotisation est échelonnée selon les niveaux de revenus et varie de cinq à 33 dollars par adulte par an. Elle est payée directement à la mutuelle de santé de district à travers les communautés de santé.
- Travailleurs du secteur formel : la cotisation s'élève à 2,5 pour cent des cotisations sociales versées à la Caisse nationale de sécurité sociale. Ces cotisations sont prélevées directement par la CNSS et versées au Fonds national d'assurance-maladie qui les alloue aux mutuelles de santé de district en fonction du nombre de salariés inscrits.

La loi a exempté certaines catégories de population du paiement des cotisations permettant de bénéficier de la prise en charge par l'assurance-maladie. Il s'agit :

- des personnes indigentes déterminées sur la base de critères établis au niveau national ;
- des personnes âgées de plus de 70 ans ;
- des enfants âgés de moins de 18 ans, à condition que les deux parents soient inscrits à une mutuelle de santé de district.

Chaque mutuelle de santé de district identifie ces personnes et adresse la liste au Fonds national d'assurance-maladie qui verse leurs cotisations.

■ Panier de soins

Un panier de soins de base obligatoire a été défini par la loi portant Code de la couverture de la santé. Il couvre 95 pour cent des pathologies rencontrées au Ghana, notamment le paludisme, les maladies diarrhéiques, respiratoires, l'hypertension, le diabète, l'asthme et les médicaments.

Les prestations sont accessibles dans toutes les structures sanitaires publiques et autres centres médicaux privés accrédités par le Conseil national d'assurance-maladie. En cas de maladie, toute personne doit passer par le centre de santé avant d'accéder à la structure sanitaire de niveau supérieur si nécessaire (gatekeeper).

Les exclusions concernent la lunetterie, les prothèses, la chirurgie esthétique, le VIH/SIDA. Ces prestations représentent cinq pour cent des problèmes de santé au Ghana selon le Conseil national d'assurance-maladie.

■ Forces et points d'amélioration

Le système de couverture de santé du Ghana présente des forces qui ont permis un accroissement significatif de la population couverte. Il s'agit essentiellement de :

- la forte volonté et l'engagement politique ;
- l'adoption d'une couverture de base obligatoire pour tous ;
- la fixation de cotisation en fonction de la capacité contributive pour les travailleurs du secteur informel ;
- une forte décentralisation du système permettant une participation des populations
- l'exemption de cotisation pour les personnes vulnérables ;
- la mise en place de financement innovant à travers la TVA sur certains biens et services.

Toutefois des points d'amélioration apparaissent liés essentiellement à la complexité qu'entraîne une telle architecture. En effet, le système est assez fragmenté avec une gestion technique assurée par chaque mutuelle de district, sans relations directes avec les autres mutuelles.

Des difficultés sont également rencontrées dans l'identification des indigents et dans l'application de la cotisation par palier pour les travailleurs du secteur informel, qui ont tous tendance à payer le montant plancher.

■ 4. Expérience du Maroc

Remarque générale

Le RAMED a été lancé en 2008 par une phase pilote dans la région Tadla Azila, puis une extension à l'ensemble du territoire à partir de 2010. Ce programme est conduit par l'Agence nationale de l'assurance-maladie (ANAM) avec la participation des ministères de l'Intérieur, de la Santé, de l'Economie et des Finances, de l'Agriculture et de la Solidarité. En 2013, une réflexion était en cours pour faire évoluer le RAMED en agence financièrement autonome.

Le RAMED s'adresse aux deux catégories de ménages décrites ci-après :

- Les ménages pauvres qui bénéficient d'une couverture gratuite et intégrale de leurs dépenses de soins de santé. Ce groupe représente 8,9 pour cent de la population totale.
- Les ménages vulnérables pour lesquels le régime est semi-contributif. Ces ménages doivent cotiser 100 DH par mois et par personne, dans la limite d'un plafond de 500 DH par ménage, quelle que soit sa taille ; il donne également droit à une couverture intégrale des dépenses de soins de santé. Ce groupe rassemble 17,5 pour cent de la population.

Ces deux groupes représentent globalement 27 pour cent de la population marocaine, soit 8,6 millions de personnes. En 2013, 70 pour cent des ménages ciblées avaient déjà leur carte RAMED et dix pour cent étaient en cours d'inscription. La carte RAMED est délivrée pour deux ans et renouvelée si le ménage respecte toujours les conditions d'éligibilité.

L'expérience INAYA (régime d'assurance-maladie destiné aux artisans, commerçants et indépendants), mise en place dans le cadre du régime de couverture médicale de base, a en revanche connu d'importants dysfonctionnements techniques et organisationnels, et s'est soldée par un échec.

Le système de couverture sociale de santé au Maroc était essentiellement constitué de sociétés mutualistes créées par corporation dans l'administration (fouane, Forces armées, personnel de l'Administration publique, enseignants). En 1950, ces sociétés mutualistes ont créé une union dénommée Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS), une fédération des sociétés mutualistes du secteur public.

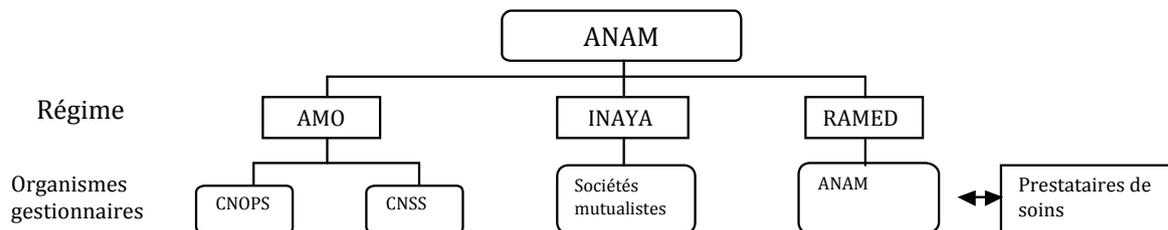
Ce dispositif était complété par l'existence de mutuelles d'entreprises mises en place par les entreprises privées pour couvrir leurs travailleurs.

Seuls 16 pour cent de la population bénéficiaient de cette couverture sociale de santé et la contribution des sociétés mutualistes au financement de la santé se situait à 28 pour cent, tandis que les ménages supportaient par paiement direct environ 54 pour cent des dépenses totales de santé.

Le royaume du Maroc a fait le choix de généraliser la couverture de santé de base en utilisant les structures existantes.

■ Principales étapes d'extension de la couverture de santé

- La loi n° 65-00 portant Code de la couverture médicale de base au Maroc a été adoptée et promulguée en 2002. Cette loi pose le principe de la progressivité de l'extension de la couverture sociale et institue deux régimes : l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et le régime d'assistance médicale (RAMED).
- En janvier 2005, une charte de mise en œuvre de la couverture médicale de base a été signée entre le gouvernement et les partenaires sociaux ;
- En août 2005, la loi n° 65-00 est entrée en vigueur avec le lancement des activités de l'Agence nationale d'assurance-maladie (ANAM).



DESCRIPTION DES ORGANES

■ Agence nationale d'assurance-maladie (ANAM)

L'article 57 de la loi 65-00 a institué un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière dénommé Agence nationale d'assurance-maladie, afin de veiller au bon fonctionnement du système. Elle est administrée par un conseil d'administration présidé par le Premier ministre et composée des représentants du gouvernement, des employeurs, des travailleurs et prestataires de soins.

L'ANAM a pour mission de :

- s'assurer, de concert avec l'administration, de l'adéquation entre le fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire de base et les objectifs de l'Etat en matière de santé ;
- conduire les négociations relatives à l'établissement des conventions nationales entre les organismes gestionnaires et les prestataires de soins ;
- proposer à l'administration les mesures nécessaires à la régulation du système d'assurance-maladie obligatoire ;
- veiller à l'équilibre global entre les ressources et les dépenses pour chaque régime d'assurance-maladie ;
- assurer la normalisation des outils de gestion et documents relatifs à l'assurance-maladie.

La gestion du RAMED est confiée directement à l'ANAM par les textes réglementaires. Les ressources de l'ANAM proviennent :

- d'un prélèvement sur les cotisations versées à la CNOPS et la CNSS au titre de l'AMO ;
- d'une part des ressources du RAMED
- des subventions de l'Etat.

■ Régime d'Assurance-maladie obligatoire (AMO)

L'AMO est un régime contributif fondé sur les principes et techniques de l'assurance sociale. Il s'applique aux catégories suivantes :

- les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit publics ;
- les personnes assujetties au régime de sécurité sociale en vigueur dans le secteur privé ;
- les titulaires de pension des secteurs public et privé ;
- les anciens résistants et membres de l'armée de libération, les étudiants de l'enseignement supérieur public et privé.

Dans son article 73, la loi a confié la gestion de l'AMO aux organismes gestionnaires suivants :

- la CNSS pour les personnes assujetties au régime de sécurité sociale et leurs ayant droits, ainsi que pour les titulaires de pensions du secteur privé ;
- la CNOPS pour les fonctionnaires et agents de l'Etat, des collectivités locales, des établissements publics et des personnes morales de droit public et leurs ayant droits, ainsi que pour les titulaires de pension du secteur public. Elle a en charge le recouvrement des cotisations et a délégué la gestion de la couverture obligatoire de base aux mutuelles, qui offrent, en plus du panier de base, des produits complémentaires à leurs membres.

Le régime AMO est financé par les cotisations sociales comme suit.

- Secteur public géré par la CNOPS : cinq pour cent du salaire réparti entre le travailleur et l'employeur, et 2,5 pour cent de la pension pour les retraités.
- Secteur privé géré par la CNSS : quatre pour cent du salaire réparti équitablement entre le travailleur et l'employeur, plus 1,5 pour cent de la rémunération brute mensuelle à la charge de l'employeur, et quatre pour cent de la pension.

Les prestations au titre de ce régime ont commencé effectivement en mars 2007 et la cible représente environ 34 pour cent de la population totale.

■ RAMED

Il s'agit d'un régime d'assistance médicale fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit de la population démunie.

L'article 116 de la loi 65-00 portant Code de la couverture médicale de base précise la liste des bénéficiaires du RAMED.

- Les personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance-maladie obligatoire de base et ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations. Leurs conjoints et enfants non-salariés âgés de maximum 26 ans sont également couverts.
- Les pensionnaires des établissements de bienfaisance, orphelinat, hospices ou établissements de rééducation, et de tout établissement à but non lucratif hébergeant des enfants abandonnés ou adultes sans familles.
- Les pensionnaires des établissements pénitentiaires.
- Les personnes sans domicile fixe.

La qualité de bénéficiaire du RAMED est prononcée par l'administration à la demande de l'intéressé qui doit remplir un formulaire et fournir des pièces justificatives.

Le RAMED est financé principalement par l'Etat et les collectivités locales. Certains bénéficiaires économiquement faibles relatifs paient une participation forfaitaire de 100 DHS par personne et par an, avec un plafond de 500 DHS par ménage.

La gestion technique du RAMED est confiée à l'ANAM. Après une phase pilote, le régime a été lancé officiellement en mars 2012.

■ INAYA

En juillet 2007 a été adoptée la loi n° 03-07 qui institue l'obligation de disposer d'une couverture médicale de base pour l'ensemble des travailleurs indépendants. Il s'agit des personnes qui exercent pour leur propre compte une activité génératrice de revenus, les professions libérales, les aides artisans et leurs familles.

Ces personnes doivent souscrire à cette couverture auprès des sociétés d'assurances ou des mutuelles, avec un panier de soins minimum composé de :

- soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- soins de longue durée ;
- soins liés à l'accouchement.

Les cotisations sont payées par les bénéficiaires et les primes d'assurance ont été exonérées de taxe. Une loi a autorisé les institutions de microfinance à souscrire des contrats d'assurance pour leurs clients et à leur octroyer des crédits pour le financement des cotisations.

Plusieurs groupements socioprofessionnels ont initié la création de sociétés mutualistes au profit de leurs membres (pharmaciens, avocats, artistes, transporteurs).

■ Forces et points d'amélioration

Le système de couverture universelle de santé au Maroc présente un certain nombre de points forts :

- la forte volonté et l'engagement politique ;
- l'adoption d'une couverture médicale de base obligatoire pour tous ;
- la mise en place d'une institution de régulation de l'ensemble du système ;

- l'instauration de régimes spécifiques pour chaque catégorie de population, prenant en compte sa capacité contributive ;
 - l'harmonisation au plan national des conventions avec les prestataires de soins et des outils de prise en charge ;
 - l'intervention d'opérateurs publics et privés qui crée une émulation et des synergies entre les intervenants.
- Cependant, l'organisation du système de couverture est assez fragmentée et est source de quelques faiblesses :
- l'absence de toute coordination entre les différents régimes en matière d'affiliation, de système d'information et de communication;
 - l'absence de toute solidarité ou redistribution entre les catégories d'assurés des différents régimes ;
 - la fragmentation du système de couverture des travailleurs indépendants (sociétés d'assurances et mutuelles), sans interrelation aucune ;
 - la faiblesse des mesures incitatives à la souscription d'une couverture de la santé pour les travailleurs indépendants.

5. EXPÉRIENCE DU TOGO

Le système de couverture sociale de santé au Togo était marqué par l'existence d'initiatives de prise en charge héritées de l'époque coloniale énumérées ci-dessous.

- Un système de prise en charge des dépenses de santé (hospitalisation, soins médicaux) des agents de l'Etat à un taux de 50 pour cent, et 100 pour cent pour les militaires, dans les hôpitaux publics. C'est le décret N° 61-14 du 11 février 1961 portant règlement intérieur du Centre hospitalier de Lomé qui régit cette prise en charge. Les agents de l'Etat bénéficiaient également d'un système d'évacuation sanitaire conformément au décret n° 73-51 du 26 février 1973 portant création d'une commission spéciale et règlementant des évacuations sanitaires.
- Les travailleurs salariés affiliés à la CNSS bénéficiaient de l'action sanitaire par le biais des centres médico-sociaux de l'institution.
- Les malades indigents qui fréquentent les hôpitaux publics bénéficient d'une prise en charge des soins hospitaliers, conformément à la délibération n° 22 de l'Assemblée territoriale du Togo du 06 mai 1953.

Ces initiatives sont complétées par diverses mesures ou programmes de subvention ou «gratuité» des soins orientés vers groupes vulnérables. L'impact de ces mesures reste faible et la contribution des ménages aux dépenses de santé par paiement direct se situait en 2008 à 52 pour cent.

A l'issue des assises nationales du dialogue social tenues en 2006, le gouvernement a décidé de prendre des mesures afin de permettre à tous les citoyens et citoyennes de disposer à moyen terme d'un minimum de protection sociale, notamment en santé.

■ Principales étapes de l'extension de la couverture de santé

L'expérience togolaise en matière d'extension de la couverture de santé est récente et basée sur une approche très progressive. Le processus est très participatif et implique l'ensemble des acteurs concernés (le gouvernement, les partenaires sociaux, l'offre de soins et les PTF).

A l'issue d'une étude de préféabilité réalisée en mars 2009, le comité de pilotage a fait le choix important de doter le Togo d'une institution spécialisée dans la gestion technique de l'assurance-maladie, qui va progressivement couvrir les différentes catégories de la population, en commençant par les agents publics.

- En février 2011 a été adoptée la loi n° 2011-003 qui institue un régime obligatoire d'assurance-maladie pour les agents publics et assimilés.
- En mars 2011, des décrets ont été pris pour le fonctionnement du régime notamment a) un décret portant statut de l'Institut National d'Assurance-maladie (INAM); b) un décret régissant les relations entre l'INAM et les prestataires de soins; c) un décret portant modalités de paiement des cotisations au régime d'assurance-maladie.
- En septembre 2011, l'Institut national d'assurance-maladie a été lancé officiellement, il a démarré ses activités en octobre 2011.

■ Fonctionnement de l'INAM

L'INAM est un établissement public jouissant de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. Il est chargé de gérer le régime d'assurance-maladie obligatoire. Son organisation est basée sur les organes suivants :

- un conseil de surveillance composé de cinq ministères concernés par la question de protection sociale et chargé de veiller au bon fonctionnement du régime d'assurance-maladie ;
- un conseil d'administration composé de douze membres selon le principe de représentation paritaire entre l'Etat (employeur) et les représentants des assurés à travers leurs organisations respectives ;
- une Direction générale qui a pour mission d'assurer la gestion courante de l'institution.
Des délégations régionales sont installées dans tous les chefs-lieux de région du pays pour assurer les activités au niveau local, sous la supervision de la direction générale.

Le panier de soins offert dans le cadre du régime obligatoire d'assurance-maladie est assez large et l'INAM a signé des conventions de partenariat avec des prestataires de soins sur tout le territoire national (établissement de soins publics et privés, pharmacies, établissement de lunetterie). La prise en charge se fait sur la base du tiers payant.

Le régime obligatoire d'assurance-maladie est financé essentiellement par les cotisations des personnes assujetties avec un taux de sept pour cent du salaire pour les agents en activité (réparti équitablement entre le travailleur et l'employeur), et 3,5 pour cent de la pension pour les personnes retraitées.

Le nombre de bénéficiaires actuel s'élève à 244 000 personnes.

Les forces et points d'amélioration

L'objectif premier affiché par les acteurs, à savoir, disposer d'une institution d'envergure nationale spécialisée dans la gestion technique de l'assurance-maladie, est relativement atteint avec la mise en place et le fonctionnement de l'INAM.

Ces premières années de fonctionnement ont permis :

- une appropriation par l'ensemble des acteurs des principes et techniques de fonctionnement d'une assurance-maladie ;
- la mise en évidence de l'importance d'un système d'assurance-maladie dans le financement de la santé ;
- la création d'un environnement favorable à l'extension de la couverture de la santé aussi bien au niveau de l'offre de soins que de l'ensemble de la population non couverte qui affiche une impatience. Une amélioration progressive de la qualité des services de santé (accueil et disponibilité) dans les structures sanitaires a été constatée.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre du régime d'assurance-maladie, notamment :

- la réticence de certains prestataires de soins au démarrage, due essentiellement à la faible appropriation des règles de fonctionnement ;
- la faible disponibilité des médicaments dans certaines structures sanitaires ;
- la non-finalisation du système d'information.

Vers l'extension de la couverture sociale de santé

Sous la conduite du Comité national de promotion de la protection sociale (CNPPS), un organe mis en place par le gouvernement pour coordonner l'ensemble des activités dans le domaine de la protection sociale, des réflexions ont été engagées pour l'extension de la couverture sociale aux autres couches de la population. Il s'agit essentiellement d'identifier les portes d'entrée des différentes catégories de population à couvrir, ainsi que le mode de financement de leur prise en charge par l'INAM.

Ainsi, une première architecture de la CSU a été élaborée, dont les caractéristiques sont présentées ci-après.

- L'Institut National d'Assurance-maladie (INAM) est l'organe national de gestion technique de la couverture sociale de santé. Il joue le rôle d'assureur unique pour le régime de base et concentre les activités d'ingénierie d'assurance.
- Les fonctions d'affiliation et de recouvrement des populations de l'économie informelle et du secteur agricole sont déléguées à des structures intermédiaires qui recevront un agrément. Il s'agit essentiellement des mutuelles sociales, des institutions de microfinance, des coopératives ou groupements agricoles, des services des impôts.
- La création d'un organe de régulation du système placé sous l'autorité du Conseil de surveillance actuel.



Bureau
international
du Travail

- **En collaboration avec le système des Nations unies à Niamey**

- **En appui au Bureau du Premier Ministre du Niger**