

**Amina Balla Kalto Loutou**

*Assistante à la Faculté des Sciences Économiques et Juridiques (FSEJ)  
Université Abdou Moumouni de Niamey*

### **La protection sociale au Niger : de l'Assurance santé privée à l'émergence des Mutuelles**

#### **Abstract**

The failure of the Welfare State has imposed the development of strategies to the Nigerien workers in order to offset the breakdown of national systems of social protection. It is a question of, in the first time, resorting to private insurance companies, and in the second time practicing the self-management by introducing the mutual health companies. Nevertheless this emerging mutual benefit society movement in Niger, although confronted with the poor running which characterizes the public and private institutions, must benefit from the State backing and contribution.

#### **Résumé**

La faillite de l'État providence a imposé le développement de stratégies de la part des travailleurs nigériens afin de pallier la défaillance des systèmes nationaux de protection sociale. Il s'est agit, dans un premier temps, du recours aux compagnies privées d'assurance puis, dans un second temps, de la pratique de l'autogestion par l'institution des mutuelles de santé. Néanmoins ce mouvement mutualiste émergeant au Niger, somme toute confronté aux dysfonctionnements caractéristiques des institutions publiques ou privées, doit pouvoir bénéficier du soutien et de l'investissement étatique.

## I - Introduction

La protection sociale, droit fondamental reconnu aux membres d'une communauté, couvrant les domaines de l'action sociale, de l'aide sociale et de la sécurité sociale désigne, au sens juridique du terme, l'ensemble des garanties contre la réduction ou la perte de revenu en cas de maladie, de vieillesse, de chômage. Cette notion qui doit s'étendre à l'ensemble de la population inclut désormais la solidarité familiale, l'épargne individuelle ou collective, l'assurance privée, les assurances sociales, la mutualité, la sécurité sociale<sup>1</sup>... Construite à la sortie de la Seconde Guerre mondiale dans un élan de fraternité et de rapprochement entre les membres d'une société par les pays développés, en vue d'instituer au profit des travailleurs et même parfois de l'ensemble de la population, un système de sécurité sociale, elle a été consacrée par les instruments juridiques internationaux<sup>2</sup> puis étendue à l'ensemble des États du monde. La Sécurité sociale, composante de la protection sociale, englobe quant à elle les branches d'accident et maladie professionnels et non professionnels, vieillesse et invalidité, maternité, chômage, etc. Elle est fondée, à l'origine et dans les pays européens, sur une base soit professionnelle soit universelle. Ainsi, l'État-Providence prend en charge les victimes de certains aléas de la vie en leur garantissant un minimum de ressources ainsi que l'accès aux besoins essentiels. La France a aussi, dans la mesure de ses possibilités et compte tenu des conditions économiques qui lui sont propres, élaboré un système visant l'extension progressive de la sécurité sociale à l'ensemble de la population<sup>3</sup>. C'est ce système français qui fut progressivement étendu aux territoires d'Outre-mer pour être reproduit par la suite dans les législations des États africains aux lendemains des indépendances.

---

<sup>1</sup> Conférence internationale du Travail, *Assurances Sociales et Protection Sociale*, Rapport du Directeur Général, 80<sup>ème</sup> Session, Bureau international du Travail, OIT, Genève, 1993, p. 84.

<sup>2</sup> Cf. la Déclaration universelle des droits de l'Homme (DUDH), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention n° 102 de l'Organisation internationale de travail (OIT).

<sup>3</sup> Par l'Ordonnance du 4 octobre 1945, la France institue un système qui tend à garantir à chaque citoyen le droit à la sécurité et à la santé afin qu'en toutes circonstances, il dispose des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes.

Mais très tôt, l'expérience de l'organisation d'un système de santé et de sécurité sociale en Afrique s'est heurtée à la faiblesse des institutions étatiques et à l'insuffisance des ressources. Et même dans l'ancienne métropole, la crise de l'État-Providence ayant sapé les perspectives de couverture sociale généralisée<sup>4</sup> a laissé subsister à côté du régime général obligatoire, des régimes autonomes<sup>5</sup>. C'est pour tenir compte du niveau de développement des États qu'une nouvelle définition de la protection sociale a été proposée par l'Administration de la Banque mondiale ; c'est ainsi qu'elle est considérée non pas « comme désignant les mesures prises par l'État pour garantir un certain niveau de ressources aux particuliers mais comme la résultante d'actions des pouvoirs publics visant à aider les individus, les ménages et les collectivités à mieux gérer le risque, et à fournir un appui aux personnes extrêmement pauvres »<sup>6</sup>. Ainsi, cette nouvelle définition implique la reconsidération du rôle de l'État dans la gestion de la sécurité sociale afin de lui assigner la fonction de régulation des marchés privés de gestion du risque social. Cette alternative est une voie de sortie permettant à l'État providence de se désengager de la gestion du secteur socio-sanitaire en Afrique.

À l'instar de celui des autres pays africains, le système juridique nigérien de protection sociale s'est construit sur le modèle du système juridique français avec l'adoption de plusieurs régimes de protection sociale, gérés par des organismes publics tels que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, le Fonds National de Retraite et par des organismes d'assurance privée. Par la loi du 8 février 1965 et son décret d'application, le législateur nigérien crée une Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) à laquelle il confie la gestion du régime de protection sociale des travailleurs salariés régis par le Code du travail. Ce texte est complété par le décret n° 61-050 du 27 mars 1961 portant régime des retraites des fonctionnaires géré par le Fonds National des Retraites<sup>7</sup>. Ce système de protection sociale, bien que repris par

---

<sup>4</sup> J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de la Sécurité Sociale*, Dalloz, 16<sup>e</sup> édition, Paris, 2008, p. 82.

<sup>5</sup> M. Badel, *Droit de la Sécurité Sociale*, Université Droit, éditions Ellipses, Paris, 2007, p. 24.

<sup>6</sup> R. Holzmann, S. Jorgensen, *Gestion du risque social : Cadre théorique*, Banque Mondiale, Document de travail n° 6 sur la protection sociale, février 2000, p. 3.

<sup>7</sup> Décret n° 61-050 du 27 mars 1961 modifié par le décret n° 97- 403/PRN/MFP/T/E du 10 novembre 1997 portant organisation du régime des retraites des fonctionnaires

la loi de 2003<sup>8</sup>, n'apporte pas d'innovations majeures puisqu'il reconduit le même régime de sécurité sociale fondé sur la protection des risques classiques (famille, accident et maladie professionnels, invalidité, ...).

En l'absence d'un régime légal obligatoire d'assurance maladie, l'État nigérien en tant que responsable de la politique sociale et sanitaire a institué un système de prise en charge des malades par une couverture généralisée de l'assurance maladie ou par une couverture partielle. À côté de la prise en charge partielle ou forfaitaire assurée aux fonctionnaires, l'État avait organisé, aux lendemains des indépendances, un système d'assistance sociale par la prise en charge totale des soins de santé de la population nigérienne, à travers l'élaboration d'une politique sanitaire et de sécurité sociale axée essentiellement sur la médecine individuelle. Cette politique reposait essentiellement sur la gratuité des soins, la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions de santé, la prédominance de la médecine curative, etc.

Afin de renforcer cette option fondamentale, le Niger a participé à la signature des accords de l'OMS dont, entre autres, la Déclaration internationale d'Alma Ata de 1978<sup>9</sup> qui constitue le fer de lance de l'engagement du pays en faveur d'une prise en charge totale de la santé de la population rendue notamment possible par le *boom* de l'uranium des années 80<sup>10</sup>. Cependant, l'inversion des tendances dans les années 90 due à la chute

---

de la République du Niger et institution d'un fond national des retraités, *Journal Officiel de la République du Niger* du 1<sup>er</sup> janvier 1998, p. 37.

<sup>8</sup> Loi n° 2003-34 du 5 août 2003 abrogeant et remplaçant la loi n° 65-004 du 8 février 1965, portant création d'un établissement public à caractère social dénommé Caisse nationale de sécurité sociale (C.N.S.S.), *Journal Officiel de la République du Niger* spécial n° 12, du 13 août 2003, p. 543.

<sup>9</sup> Par l'acceptation de la Constitution de l'OMS du 22 juillet 1946 (de New York) le 5 septembre 1960, le Niger devient membre d'office de cette institution et prend désormais part avec les autres gouvernements du monde à l'élaboration des Déclarations et résolutions internationales de l'OMS. Ainsi, le 12 septembre 1978, une conférence internationale tenue à Alma Ata (Kazakhstan) en URSS sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF incite les gouvernements du monde entier à tout mettre en œuvre pour assurer l'accès de tous à la santé en l'an 2000.

<sup>10</sup> K. Roukayatou, *Diagnostic sur le mouvement mutualiste au Niger*, Travail réalisé dans le cadre du projet « Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de la zone UEMOA », septembre 2005, pp. 2-3.

des cours des matières premières, ainsi que les conséquences néfastes des effets des politiques d'ajustement structurel, la diminution des crédits alloués au secteur de la santé, en raison du poids de la dette et de la mauvaise gestion des fonds de santé, ont précipité la dépréciation du système de santé. Cette situation a favorisé la déliquescence des structures socio-sanitaires et l'exclusion de larges couches sociales socioprofessionnelles du secteur informel et du monde rural. Ne pouvant dès lors plus assurer la protection sociale des citoyens, l'État s'est ainsi désengagé en adhérant à la Déclaration sur la décentralisation des services de santé de 1985 à Lusaka (Zambie) et à l'Initiative de Bamako (Mali) de 1987<sup>11</sup>. Une réponse à la crise sanitaire a ainsi été trouvée par l'État nigérien par le biais de la réforme de sa politique de santé avec notamment la mise en place des comités de gestion des centres de santé et l'implication des populations bénéficiaires dans la gestion des systèmes de santé<sup>12</sup>.

La conjonction des difficultés économiques et de l'apparition soudaine de certains fléaux (famine, maladies, etc.) ont fragilisé le système de santé et plus largement la protection sociale au Niger ; contraignant les populations à rechercher des alternatives afin de pallier les insuffisances et les lacunes du système national de protection sociale. Ainsi, les communautés villageoises dépourvues de fait de protection sociale étatique, ont été amenées à s'organiser sous forme de mutuelles pour prévenir le risque maladie, et cela avec l'appui des partenaires au développement. C'est dans ce contexte de précarité et dans le but d'accélérer la participation communautaire des populations à la prise en charge de leur santé que les partenaires et les acteurs de la santé se sont mobilisés afin de chercher des solutions au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins.

---

<sup>11</sup> De même, les différents ministres de la santé des pays membres de l'OMS dont celui du Niger, ont pris part à l'adoption de la Résolution internationale de 1985 à Lusaka en Zambie sur la décentralisation des services de santé et à la Résolution issue de la 37<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS en collaboration avec l'UNICEF, tenue à Bamako au Mali en septembre 1987 qualifiée d' « Initiative de Bamako ».

<sup>12</sup> Cf. S. Boyer, C. Delesvaux, J.-P. Foirry, C. Prieur, *Le Risque Maladie dans les Assurances Sociales : bilan et perspectives dans les Pays en voie de Développement*, Étude réalisée par le CREDES, ministère français des Affaires étrangères, septembre 2000, p. 90.

La politique de financement durable des soins de santé a été concrétisée par la loi n° 95-014 du 3 juillet 1995 et son décret d'application du 29 juin 1996 portant généralisation du recouvrement partiel des coûts de santé dans le secteur non hospitalier<sup>13</sup>. Cette loi prévoit notamment la possibilité pour les percepteurs des formations sanitaires de recevoir les coûts des prestations auprès de la mutuelle de santé de l'utilisateur. Dans le même ordre d'idées, et plus récemment, la stratégie de réduction de la pauvreté 2002-2007 introduit une réflexion sur le financement alternatif de la santé à travers le développement des mutuelles et des assurances et de renforcer le partenariat existant entre les populations, les collectivités territoriales locales, la société civile, le Gouvernement et les partenaires au développement<sup>14</sup>.

Malgré toutes les réformes opérées en vue de l'ajustement du secteur de santé, seule une infime partie de la population nigérienne accède aux soins de santé et au système officiel de protection sociale ; lequel ne couvre qu'un pourcentage très faible de la population (moins de 10%). Pour la grande majorité de la population (plus de 90%), active dans le monde rural et dans le secteur urbain informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé<sup>15</sup>. Dans cette catégorie se retrouvent « les indigents » qui, en raison de leur pauvreté, ne sont pas en mesure de payer leurs soins de santé. Initialement assurée conjointement par les services sociaux et les collectivités locales, la prise en charge financière des indigents survenait essentiellement en cas d'évacuation ou d'hospitalisation. Cette politique sociale et sanitaire était néanmoins vouée à l'échec en raison notamment des lourdeurs administratives, de l'insuffisance des ressources allouées à ces services et de la contraction des moyens de l'État.

---

<sup>13</sup> La loi n° 95-014 du 3 juillet 1995 portant généralisation du recouvrement partiel des coûts de santé dans le secteur non hospitalier publiée au *Journal Officiel de la République du Niger* du 15 août 1995, p. 660 et son décret d'application du 29 juin 1996 au *Journal Officiel de la République du Niger* du 15 août 1996, p. 732.

<sup>14</sup> Secrétariat Général du Gouvernement, *Document sur la stratégie de réduction de la pauvreté, SRP première génération 2002-2007*, Cabinet du Premier ministre, Niamey-Niger, février 2003, p. 24.

<sup>15</sup> D. Evrard, « Mutuelles de santé en Afrique : mouvement émergent ou phénomène de mode ? », in *Courrier de la Concertation*, n° 9, Conférence inaugurale des Actes du Forum 2002 de la Concertation, Dakar du 16 au 18 septembre, janvier 2003, p. 12.

D'une manière générale, même la garantie de la protection sociale accordée par l'État à ses agents se trouve affectée par la mauvaise gestion des ressources allouées, à l'instar de celle qui caractérise les finances publiques. S'est dès lors posé le problème de la gestion de l'assurance maladie, désormais confiée à des organismes privés d'assurance (I). Cette gestion privée s'étant elle-même révélée chaotique, les bénéficiaires préfèrent massivement avoir recours aux mutuelles (II).

### **I – La faillite du système public de gestion de l'assurance maladie comme cause de recours à l'assurance privée**

Composante importante de la Sécurité sociale, l'assurance maladie est un dispositif juridique chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail. La prise en charge des populations était organisée sur la base de la répartition socioprofessionnelle des nigériens et se fait soit par l'État, soit par l'entreprise ou la société, soit par les concernés eux-mêmes. Si la gestion de l'assurance maladie de chaque corps socioprofessionnel relève d'un régime particulier, il n'en demeure pas moins que ces différents types d'assurances (A), ont rencontrés des dysfonctionnements de gestion conduisant à la souscription de contrats d'assurance maladie avec des organismes privés (B). Toutefois, même dans ce cas, l'exécution du contrat révèle des défaillances (C).

#### **A – La typologie des assurances maladie**

Le droit à la protection sociale consacré par la Constitution du 9 Août 1999<sup>16</sup> puis par nombre de lois ordinaires<sup>17</sup> prévoit en principe que chaque catégorie socioprofessionnelle relève d'un régime juridique propre muni de règles de fonctionnement spécifiques. Néanmoins liés au salariat, les

---

<sup>16</sup> Constitution du 18 juillet 1999 promulguée par décret n° 99-10/PRN du 9 août 1999, *Journal Officiel de la République du Niger* spécial du 10 août 1999.

<sup>17</sup> Décret n° 61-050 du 27 mars 1961 modifié par le décret n° 97-403/PRN/MFP/T/E du 10 novembre 1997 portant organisation du régime des retraites des fonctionnaires, loi n° 65-004 du 8 février 1965, portant création d'un établissement public à caractère social dénommé Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) modifiée par la loi n° 2003-34 du 5 août 2003, loi n° 95-014 du 3 juillet 1995 sur le recouvrement des coûts de santé dans le secteur non hospitalier déjà cités.

bénéficiaires des différents régimes de protection sociale mis en place relèvent presque exclusivement du secteur de l'économie moderne.

Concernant les travailleurs du secteur privé, soumis à l'application de la Convention collective interprofessionnelle du Niger de 1972<sup>18</sup> et du Code du travail, l'Ordonnance du 29 Juin 1996<sup>19</sup> impose à l'employeur, l'obligation d'assurer la santé et la sécurité des salariés au travail. L'employeur doit, dès lors qu'il engage un salarié, s'acquitter du paiement des cotisations sociales nécessaires à sa couverture de santé auprès des services de la CNSS qui disposent de centres médico-sociaux. L'employeur verse une cotisation pour chaque travailleur sur la base d'un taux de cotisation de 17 % - dont 15,4 % sont à sa charge et le reste à la charge du salarié. Ces cotisations sociales sont calculées sur le salaire brut dans la limite d'un plafond mensuel de 250 000 F CFA<sup>20</sup>. Un imprimé de déclaration, retiré auprès de la Caisse, doit être rempli par l'employeur et envoyé mensuellement ou trimestriellement (selon que l'entreprise emploie plus ou moins de vingt salariés). La déclaration d'embauche faite par l'employeur permet d'attribuer à chaque employé un numéro d'immatriculation et un livret d'assurance qui fait preuve des périodes d'assurance. Les travailleurs affiliés ainsi que leurs familles bénéficient des soins de santé auprès des services médico-sociaux de la caisse contre paiement d'un ticket modérateur de 300 F CFA qui leur donne droit aux premiers soins. En dehors de sa quote-part, le salarié a droit aux soins gratuitement et n'a pas à faire d'avance.

S'agissant des travailleurs du secteur parapublic, ils bénéficient d'une prise en charge interne dans la mesure où les entreprises qui les emploient disposent de leurs propres formations sanitaires. En cas de survenance d'un accident ou d'une maladie professionnelle, le travailleur s'adresse en premier lieu à ces structures ; lesquelles jugent de la nécessité de la prise en charge à leur niveau ou de la délivrance d'un « bon de prise en charge » à présenter à une formation sanitaire de référence supportée par l'entreprise.

---

<sup>18</sup> Convention Collective interprofessionnelle du Niger du 15 décembre 1972 rendue applicable par le décret n° 73-52/PRN/MFP/T du 30 avril 1973 aux agents de l'État, des établissements publics et des collectivités territoriales relevant de l'application du Code du travail, *Journal Officiel de la République du Niger* du 15 juillet 1973, p. 303.

<sup>19</sup> Articles 126, 128 et 138 de l'Ordonnance n° 96-039 du 29 juin 1996 portant Code du travail au Niger, *Journal Officiel de la République du Niger* spécial n° 14 du 9 juillet 1996.

<sup>20</sup> Soit 381,67 euros. Pour info, 1 euro ≈ 656 F CFA.



Quant aux travailleurs du secteur public, ces derniers bénéficient d'une prise en charge étatique prévue depuis 1962<sup>21</sup>. Dans le cadre de ce régime, les fonctionnaires, auxiliaires et retraités de la fonction publique ainsi que leurs ayants droit bénéficient d'une prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation, par imputation sur le budget national. Les services publics traitent les dossiers des malades et les transmettent au Trésor public pour remboursement. Théoriquement, le remboursement était assuré aux bénéficiaires respectivement à concurrence de 80% pour l'hospitalisation et les actes médicaux. Mais le caractère forfaitaire de la prise en charge des frais médicaux, gérée par l'Administration centrale ou par ses services déconcentrés, est renforcé par l'article 1<sup>er</sup> du décret du 28 novembre 1996 précité, lequel énumérant les prestations fournies par les hôpitaux publics nationaux mentionne : « l'hospitalisation, les consultations, les actes et examens médicaux ». Par conséquent, il en découle que les frais liés à l'achat des médicaments et aux examens complémentaires hors des formations publiques de santé demeurent à la charge des travailleurs du secteur public, bénéficiaires du régime. En outre, dans la pratique, faute de fonds disponibles, la plupart des dépenses relatives aux soins, aux examens et aux médicaments (effectuées dans les hôpitaux publics) n'est pas remboursée<sup>22</sup>. C'est en raison de l'agonie financière du Trésor public, que certains bénéficiaires de la prise en charge étatique à l'exemple des enseignants et chercheurs ont décidé de confier la gestion de leur assurance maladie aux compagnies privées d'assurance.

De ce fait, les travailleurs du secteur public, tout comme ceux du secteur parapublic ou privé, désireux de souscrire un contrat d'assurance avec les organismes privés, l'ont fait par l'intermédiaire de leurs représentants en vue d'obtenir le remboursement de leurs frais médicaux.

---

<sup>21</sup> Cf. le Décret n° 62-127/M.T.S. du 28 mai 1962, fixant le tarif de remboursement de la journée d'hospitalisation dans les hôpitaux publics de la République du Niger, *Journal Officiel de la République du Niger* n° 12 du 15 juin 1962, p. 225 ; modifié par le décret n° 96-456/PRN/MSP du 28 novembre 1996, portant régime des prestations fournies par les hôpitaux nationaux, *Journal Officiel de la République du Niger* du 1<sup>er</sup> janvier 1997, p. 31.

<sup>22</sup> Les assurés lésés n'ont jamais usé de leurs prérogatives de recours en justice contre l'employeur (public ou privé) pour obtenir le bénéfice effectif des prestations de l'assurance maladie.

## **B – La formation des contrats d’assurance maladie**

Les compagnies d’assurance qui proposent des prestations d’assurance santé – en complément de leur mission traditionnelle d’assurance automobile – sont : l’Union Générale des Assurances et de Réassurance du Niger (UGAN), la Société Nigérienne d’Assurance et de Réassurance (SNAR–LEYMA<sup>23</sup>), la Nigérienne d’Assurance et de Réassurance (NIA) et la Compagnie d’Assurance et de Réassurance du Niger (CAREN). Jusqu’à l’avènement de la mutualisation de la santé, certains agents des secteurs parapublic et privé étaient assurés par ces compagnies. Considérée comme le système d’assurance des « plus nantis », en raison de son coût, l’assurance maladie est souvent réservée au personnel « cadre » qui travaille dans les services et projets de coopération bilatéraux et multilatéraux ainsi que dans les ambassades, ou encore aux agents qui ont un statut autonome (magistrats, enseignants-chercheurs et chercheurs du supérieur). En dehors de cette catégorie privilégiée de personnel, les autres salariés sont, dans leur grande majorité, affiliés à la CNSS et la prise en charge de leurs soins de santé auprès des services médico-sociaux de la caisse se fait à un tarif préférentiel.

Pour être assurés, les agents de l’État et le personnel privilégié négocient et souscrivent volontairement des contrats d’assurance maladie afin de garantir le remboursement des frais médicaux directement liés au traitement d’une maladie, au déroulement d’une maternité ou à la survenance d’un accident. Une telle souscription – non-obligatoire – d’un contrat d’assurance maladie auprès de ces compagnies peut s’effectuer de manière individuelle ou collective, généralement pour une durée d’un an renouvelable ; résiliable en fin de période sous réserve du respect d’un préavis de deux mois notifié par écrit. Ces contrats privés sont des contrats d’adhésion qui relèvent du droit commun des contrats.

Les organismes privés proposent aux assurés toute une gamme de prestations de soins en contrepartie du versement d’une prime d’assurance. Librement fixée par la compagnie, cette prime d’assurance est alimentée par la contribution de l’État (à hauteur de 80%) et par la participation des assurés (de l’ordre de 20%, représentant le ticket modérateur). En général, l’assurance maladie souscrite par ces agents résulte de la signature d’un contrat collectif ou d’un « contrat d’assurance de groupe » négocié par un

---

<sup>23</sup> Au sens propre *Leyma* signifie parapluie et, au sens figuré, protection.

syndicat et s'appliquant à la collectivité des travailleurs. Par la souscription de l'assurance volontaire collective, l'agent n'est pas le seul à bénéficier des prestations de l'assurance maladie puisqu'elles s'étendent également à l'épouse et aux enfants de l'assuré âgés de moins de vingt-et-un ans. Ainsi, chaque membre figurant sur la liste présentée par les représentants syndicaux à l'assureur doit disposer d'un « carnet médical de famille » comportant le nom des bénéficiaires, la durée de validité de l'assurance ainsi que le nom de la structure. Toutefois, certaines compagnies délimitent le nombre de bénéficiaires des prestations fournies ; une prime supplémentaire est alors exigée pour chaque enfant ou épouse au-delà de la limite initialement fixée.

Concernant les prestations fournies en contrepartie du versement de la prime d'assurance, elles s'articulent généralement autour de la prise en charge des frais de séjour à l'hôpital ou en clinique, des honoraires des soins dispensés, des frais médicaux, chirurgicaux et de pharmacie. Elles couvrent également les frais de soins nécessités par une grossesse et un accouchement ainsi que ceux liés aux prothèses dentaires, aux soins d'orthopédie, de kinésithérapie et d'optique dans la limite d'un certain montant<sup>24</sup>. Pour les accidents et maladies infectieuses, les garanties sont acquises immédiatement, à compter de la date de prise d'effet du contrat, par le paiement de la prime. Quant aux autres risques, les garanties n'entrent en vigueur qu'à l'observation d'un délai d'attente variable suivant les compagnies d'assurance<sup>25</sup>.

Si la garantie des frais médicaux joue pleinement sur le territoire national, l'évacuation sanitaire des malades à l'étranger est, quant à elle, soumise à des conditions restrictives et n'est possible que si le niveau de la technique médicale ne permet pas d'effectuer sur place un traitement approprié et efficace. L'évacuation doit être opportune, c'est-à-dire permettre une nette amélioration de l'état de santé de l'assuré ; la maladie ne devant pas être à son stade terminal. Le respect d'une procédure spécifique impose au médecin traitant de l'assuré de saisir l'assureur au moyen d'un rapport médical justifiant de l'opportunité de l'évacuation sanitaire. L'assureur saisit à son tour son médecin-conseil, lequel est également appelé à évaluer la

---

<sup>24</sup> Voir le contrat cadre d'assurance maladie entre le personnel enseignant-chercheur et l'UGAN du 22 septembre 2005 et, s'agissant des prestations servies par les autres compagnies d'assurance, voir notamment leur police d'assurance.

<sup>25</sup> Ce délai varie de 12 mois pour les appareils d'orthopédie et de prothèse, à 10 mois pour la maternité et à 3 mois pour les autres maladies.

nécessité médicale d'une telle évacuation. Par ailleurs, certaines compagnies assurent non seulement la prise en charge intégrale de tous les frais exposés par l'évacuation sanitaire mais également celle de l'accompagnant<sup>26</sup> ; ainsi de toutes les formalités médicales nécessaires à l'évacuation et au retour du patient, voire – dans le pire des cas – au rapatriement du corps.

En dehors des conditions d'admission, les compagnies organisent des régimes d'exclusion qui sont tantôt communs à toutes les assurances, tantôt spécifiques à l'assurance maladie. Les exclusions communes figurent dans les dispositions contractuelles des différentes compagnies d'assurance qui énumèrent au titre des risques et actes non pris en charge : les maladies antérieures à la souscription du contrat d'assurance (sauf si elles ont été déclarées dans le questionnaire et acceptées par l'assureur) ; les conséquences dommageables des actes volontaires ou intentionnels de l'assuré ; la toxicomanie ; les maladies ou accidents résultant de la guerre civile, de la guerre étrangère ou de mouvements populaires, de la participation de l'assuré à des rixes, ou en qualité de concurrent à des courses, matchs ou paris, etc. Quant aux très nombreuses exclusions spécifiques, elles concernent des risques et des actes en rapport avec la maladie ou l'accident mais qui pourtant sont exclus de la prise en charge par l'assureur. Il s'agit principalement des produits pharmaceutiques non agréés par le ministère de la Santé publique ainsi que ceux à usage familial<sup>27</sup>, des objets à usage médical courant<sup>28</sup>, des frais de recherches de traitement de la stérilité et à but contraceptif, des frais de transport et de déplacement en dehors des évacuations sanitaires, des bilans médicaux et des évacuations effectuées sans l'accord de l'assureur.

Au-delà des types de contrats, de leurs modalités de formation ou encore de l'étendue des prestations fournies, le contrat d'assurance maladie légalement formé entre les parties doit avant tout être exécuté conformément à l'article 1134 du Code civil applicable au Niger<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup> À l'exception de toutes les dépenses d'ordre personnel.

<sup>27</sup> Coton, sparadrap, bandes, ...

<sup>28</sup> Tels que thermomètre, seringues, vessies, inhalateurs, ...

<sup>29</sup> Cf. l'article 1134 du Code civil applicable au Niger, *Recueil des Lois et Règlements*, édition SGG, Niamey, Niger 1994, Fasc. 81.10.

### C – L'exécution du contrat d'assurance maladie

C'est en raison de l'application du principe de la force obligatoire des contrats<sup>30</sup> au contrat d'assurance maladie que les parties sont tenues d'exécuter leurs obligations. Ainsi, les assurés doivent s'acquitter de la prime d'assurance et, en contrepartie, les compagnies d'assurance procèdent au remboursement des frais médicaux engagés par les assurés. Concernant le remboursement des frais d'assurance maladie, il dépend du mode de gestion choisi : classique ou tiers payant.

Pour les assureurs qui recourent au système classique de gestion, l'assuré se fait soigner dans le centre hospitalier et paie les produits pharmaceutiques qui lui sont prescrits dans l'officine de son choix. Il paie la totalité des frais exposés pour réclamer par la suite le remboursement selon le taux de couverture prévu par le contrat. Le remboursement de l'assuré se fera sur présentation des pièces justificatives des frais engagés<sup>31</sup>. Les demandes de prise en charge sont délivrées uniquement pour les hospitalisations de plus de 24 heures, sous réserve toutefois de faire parvenir au préalable à l'assureur, l'original du certificat médical d'hospitalisation délivré par le médecin traitant précisant la nature de l'affection, la durée probable du séjour, la date et le lieu de d'hospitalisation. Dès réception, ces documents sont soumis à l'appréciation du médecin-conseil de la compagnie d'assurance ; lequel indique les produits à exclure de ceux qui doivent être remboursés.

Les organismes qui pratiquent le système du « tiers payant » recourent à la signature de conventions avec un certain nombre de cliniques et de pharmacies qui, de ce fait, fournissent aux bénéficiaires les prestations à des tarifs préférentiels. En effet, sur simple présentation du carnet médical de famille les bénéficiaires pourront se faire soigner dans l'une des cliniques

---

<sup>30</sup> Principe posé par l'article 1134 du Code civil applicable au Niger alinéa 1er, *op. cit.* en vertu duquel « les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à toutes les parties ».

<sup>31</sup> Les pièces justificatives sont les suivantes : carnet médical de famille ; fiche de déclaration maladie dûment remplie et signée en se conformant strictement aux prescriptions qui y sont mentionnées ; reçus des frais de consultations, d'analyses ou de soins médicaux ; tickets de caisse attestant du paiement des médicaments et les vignettes ; en cas d'accouchement, copie originale de l'extrait d'acte de l'état civil de l'enfant nouveau-né.

conventionnées ou se faire servir des produits dans les pharmacies conventionnées ; en s'acquittant uniquement du ticket modérateur. Le malade qui s'adresse au corps médical ne paie ainsi que la partie des frais laissée à sa charge (selon les termes du contrat) équivalente aux 20% représentant sa participation. La différence des frais après paiement du ticket modérateur par l'assuré est alors prise en charge par le tiers payeur, c'est-à-dire l'organisme assureur à concurrence de 80%. Par ailleurs, en cas d'urgence, les week-ends et jours fériés, si l'assuré a toujours l'obligation de se faire soigner par une clinique conventionnée, il pourra au regard de ces circonstances exceptionnelles acheter ses médicaments dans n'importe quelle pharmacie ; le remboursement par l'organisme d'assurance maladie aura alors lieu durant les jours ouvrables à 80%.

En outre, les parties au contrat d'assurance, théoriquement soumises à l'obligation de loyauté<sup>32</sup>, s'y soustraient fréquemment dans la mesure où chacune des parties contractantes n'hésite pas à recourir à des pratiques peu orthodoxes susceptibles d'affecter la validité du contrat. Le plus souvent, les assurés en tant que profanes, recourent à l'expertise de courtiers en assurance ; lesquels sont chargés de négocier directement avec les compagnies d'assurance en vue d'octroyer à leurs clients de meilleures conditions, en contrepartie du versement d'une commission<sup>33</sup>. Toutefois dans la pratique, ces experts chargés notamment de faire un inventaire des maladies, une évaluation des coûts et un suivi régulier des dépenses de santé, négligent leur tâche et ne remplissent pas correctement leur mission<sup>34</sup>. Ainsi, en raison de mauvaises négociations des contrats d'assurance ainsi que du défaut d'information et d'alerte des clients (relativement aux nombreux abus commis par les compagnies privées), ces experts laissent les portes grandes ouvertes à diverses tentatives de fraude.

En effet, des tentatives de fraude sont décelées tant du côté des assurés que du côté des assureurs. Les premiers – tentant d'amoinrir les coûts exorbitants de santé et d'éviter d'avoir à assurer la totalité du ticket modérateur – recourent fréquemment à des actes médicaux imaginaires avec la complicité de certains médecins ou cliniques ; lesquels prescrivent des

---

<sup>32</sup> Imposée par l'article 1134 du CCAN.

<sup>33</sup> La commission équivaldrait environ à 10% de la prime d'assurance.

<sup>34</sup> Il n'existe aucun contentieux en matière de mauvaise exécution du contrat d'assurance maladie pour la simple raison que chacune partie recourt à la fraude et aux abus.

médicaments inappropriés ou consentent à établir des factures abusives. Une autre manifestation de ces formes de fraude se remarque au niveau de l'élargissement des personnes bénéficiaires du contrat d'assurance afin d'en faire profiter – sous couvert de l'identité de l'assuré – des personnes qui en sont dépourvues. Mais la fraude peut également être le fait des assureurs qui, dès lors qu'ils constatent une augmentation de la consommation ou une surconsommation, sont tentés d'en atténuer les conséquences par divers moyens. Dans l'exécution du contrat d'assurance maladie par les compagnies d'assurance, les abus constatés consistent au remboursement irrégulier effectué au profit des membres d'un corps socioprofessionnel qui n'ont jamais voulu adhérer au contrat collectif d'assurance. Telle est la pratique observée à l'UGAN qui rembourse les enseignants-chercheurs qui n'ont pas souscrit à l'assurance maladie<sup>35</sup>. De même, du fait de l'accroissement de la consommation des assurés, certaines compagnies imposent périodiquement, l'augmentation du montant des cotisations ou font de la résistance au remboursement de certaines prestations. Enfin, d'autres recourent à des « exclusions conventionnelles » en rejetant le remboursement de produits ou actes médicaux (sans même motiver leur rejet) ou encore en s'opposant à la prise en charge de toute évacuation sanitaire à l'étranger, qu'il s'agisse des pays africains ou de la France (lieux où pourtant le malade pourrait bénéficier de prestations spécialisées), sous prétexte de la non opportunité des cas.

C'est cette crise de confiance intervenue entre les assurés et les entreprises d'assurance médicale cherchant à réaliser des profits qui a conduit les représentants des travailleurs sociaux à résilier le contrat. Pour pallier le vide en matière de protection sociale, ils ont alors décidé de recourir à l'assurance sociale.

---

<sup>35</sup> Cette pratique a été dénoncée par les enseignants-chercheurs lors du VII<sup>e</sup> Congrès Statutaire du SNECS tenu du 22 au 24 juin 2008, à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines de l'Université de Niamey portant sur le Thème « Les enseignants-chercheurs et la Gouvernance Universitaire », du 22 au 27 juin 2008.

## **II – L’institution de l’assurance sociale, palliatif d’une protection sociale défaillante**

Au vu de l’échec de l’expérience de la gestion privée de l’assurance maladie et devant l’incapacité de l’État nigérien à assurer le financement des secteurs de la santé, les organisations socioprofessionnelles ont opté pour le recours à l’assurance sociale ; laquelle, au même titre que la sécurité sociale, est une composante de la protection sociale essentiellement basée sur la solidarité. Au Niger, le choix de la couverture sanitaire des populations s’est porté vers l’institution de mutuelles de santé qui assurent la protection des bénéficiaires ainsi que celle de leur famille. Conformément à l’objectif du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques des années 90, on assiste à une émergence des mutuelles de santé dans les corps socioprofessionnels et les communautés rurales. La création de mutuelles a d’abord touché les communautés rurales puis s’est étendue au secteur informel, grâce à l’appui des partenaires au développement, avant d’inspirer la collectivité des travailleurs sociaux. C’est alors que les autorités étatiques ont eu le réflexe d’accompagner les initiatives d’institution de mutuelles en favorisant la création, puis le développement de plus d’une douzaine de mutuelles des agents du secteur public et privé<sup>36</sup>. Compte tenu de sa fonction régaliennne, l’intérêt manifesté par l’État nigérien a consisté en l’élaboration de mesures de régulation (A) visant à favoriser l’institution sinon l’éclosion de mutuelles de santé (B) ; même si certaines d’entre elles ont montré leur limite (C).

### **A – L’adoption des mesures de régulation des mutuelles de santé**

Pour atteindre l’objectif de l’amélioration de l’état de santé de la population, le Niger a adopté, le 18 février 2005, son plan de développement sanitaire (PDS) pour la période 2005-2009<sup>37</sup>. Ce plan constitue l’unique

---

<sup>36</sup> Ainsi de la NIGELEC (Société nigérienne d’électricité), des Douanes, de la SONITEL (Société nigérienne des télécommunications), de l’ONPE (Office national des postes), de la SNTN (Société nationale des transports nigériens), de la SNTV (Société nigérienne des transports voyageurs), de la Police, de la SEEN (Société Nigérienne d’Exploitation des Eaux), de la CUN (Communauté Urbaine de Niamey), de la CNSS, de la SONIDEP (Société nigérienne des produits pétroliers) et de la Maternité Issaka GAZOBI.

<sup>37</sup> Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre les Endémies, *Plan de Développement Sanitaire, 2005-2009*, Niamey – Niger, Novembre 2004, 193 p.



cadre de référence pour les interventions dans le secteur de la santé qui, sur la base du Document de Stratégies de Réduction de la Pauvreté (DSRP 2002-2007)<sup>38</sup>, a été complété par la Déclaration de Politique Nationale de la Population<sup>39</sup> et les Orientations Stratégiques et de politique sectorielle de santé du ministère de la Santé publique et de lutte contre les endémies 2002-2005<sup>40</sup>. Dans l'ensemble de ces documents, le Gouvernement soulignait la nécessité de créer des mutuelles de santé au niveau des administrations publiques pour permettre aux structures sanitaires de recouvrer auprès des agents de l'État, les coûts qui restent à leur charge.

Dans cette optique, ont été mis en place, d'une part, un comité national de pilotage du projet « *Extension de l'assurance volontaire et des mutuelles de santé* » et un projet de la Coopération française « *Fonds de Solidarité Prioritaire* » (FSP)<sup>41</sup> et d'autre part, un comité interministériel en vue de l'élaboration des textes juridiques applicables aux mutuelles de santé<sup>42</sup>. Ce cadre juridique a été créé avec l'adoption de la loi du 30 avril 2008 portant régime général des mutuelles de santé au Niger<sup>43</sup> et d'un plan de stratégie nationale de développement des mutuelles de santé<sup>44</sup>. Avec l'adoption de ces instruments juridiques, la création des mutuelles de santé s'est généralisée à

---

<sup>38</sup> Secrétariat Général du Gouvernement, *Document sur la stratégie de réduction de la pauvreté, SRP première génération 2002-2007*, op. cit. p. 5.

<sup>39</sup> Direction de la Population, Déclaration de Politique Générale de Population de 1992 modifiée par la *Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population de 2007*, Ministère de la Population et de l'Action sociale – Fonds des Nations Unies Pour la Population, Niamey – Niger, février 2007, 14 p.

<sup>40</sup> Ministère de la Santé publique, *Déclaration de Politique sanitaire 2002-2005*, Imprimerie Bon Béri, Niamey – Niger, mai 2002, 24 p.

<sup>41</sup> Ce Fonds de Solidarité Prioritaire a été financé par le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) ; dispositif français héritier du Fonds d'investissement pour le développement économique des territoires d'outre-mer (FIDES).

<sup>42</sup> Conformément aux recommandations de l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine visant à créer un cadre législatif pour le développement des mutuelles de santé en Afrique. Cf. UEMOA, *Appui à la construction d'un cadre régional de développement des mutuelles de santé dans les pays de l'UEMOA*, projet initié avec l'appui de la coopération française et du programme STEP du Bureau International du Travail, 2004, 25 p.

<sup>43</sup> Loi n° 2008-10 du 30 avril 2008 portant régime général des mutuelles de santé au Niger, *Journal Officiel de la République du Niger* n° 15 du 1<sup>er</sup> août 2008, p. 655.

<sup>44</sup> Plan de stratégie nationale de développement des mutuelles de santé du Niger non encore validé par le ministère de la Santé.

tous les secteurs de la vie socioprofessionnelle et non professionnelle (communautaire).

La loi du 30 avril 2008 définit le régime général applicable à toutes ces mutuelles (quelque soit leur secteur d'appartenance) et leur assigne un objectif commun ; celui de garantir l'accès aux soins de santé aux adhérents et aux personnes à leur charge. Bien qu'elle impose à tout citoyen l'obligation de disposer d'une assurance maladie, la loi prévoit que les mutuelles de santé sont régies par les principes de la libre adhésion, de la solidarité et de la non-discrimination. En outre, elle précise que les mutuelles de santé doivent fonctionner dans le respect des principes de démocratie participative, de responsabilité des adhérents et de contrôle de la gestion par les adhérents. Pour leur viabilité, les mutuelles de santé sont soumises à l'obligation de circonscrire leurs activités dans le strict respect des conditions définies par la loi. À cet effet, cette loi définit plusieurs catégories de mutuelles de santé : les mutuelles de santé des agents de l'État, de ses démembrements y inclus les établissements publics ; les mutuelles de santé d'entreprises ; les mutuelles de santé du personnel militaire et des personnels paramilitaires ; les mutuelles de santé créées par les communautés rurales et urbaines ou par toutes autres catégories sociales.

### **B – L'institution des mutuelles de santé**

D'une manière générale, les mutuelles de santé sont des organisations sociales sans but lucratif, basées sur les principes de solidarité et d'entraide entre des personnes physiques qui y adhèrent, de façon libre et volontaire. Leur objectif est de parer, pour leurs membres et leurs familles, aux conséquences induites par divers risques sociaux<sup>45</sup>. Aussi sont-elles légalement définies au Niger comme « des sociétés civiles particulières à capital et personnel variables, à but non lucratif, qui se proposent de mener, dans l'intérêt des personnes qui y adhèrent, une action de prévoyance et de solidarité en vue de prendre en charge les soins de santé »<sup>46</sup>. Il en résulte que la mutuelle se distingue, d'une part, de l'assurance maladie obligatoire publique (notamment par une solidarité moins étendue et par une démocratie

---

<sup>45</sup> BIT/STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté), *Micro-assurance santé-Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*, Genève-Suisse, le 8 mars 2002, p. 28.

<sup>46</sup> En vertu de l'article 2 de la loi du 30 avril 2008, *op. cit.*

moins éloignée des membres cotisants) et, d'autre part, de l'assurance maladie commerciale (en raison de son caractère non lucratif, de la solidarité beaucoup plus marquée à divers égards et de son aspect démocratique). Basée sur la solidarité, l'assurance sociale n'opère ni sélection des risques ni segmentation des primes – comme c'est le cas des entreprises privées d'assurance maladie – et en outre, ne procède pas à l'exclusion systématique des personnes présentant de trop gros risques pour l'assureur.

Au Niger, les mutuelles de santé qui se rattachent aux différents corps socioprofessionnels sont des mutuelles d'entreprise, des mutuelles communautaires, des mutuelles des agents de l'État et des mutuelles de la Fonction publique. Toutes ces mutuelles peuvent subir une adaptation particulière liée au contexte de leur création par une modification de leurs statuts. En effet, afin de favoriser leur extension, la loi peut étendre leur champ d'intervention à toutes les couches sociales de la population nigérienne. Elles relèvent de la tutelle du ministère en charge de la prévoyance sociale, de la tutelle financière du ministère chargé des finances ainsi que de la tutelle administrative du ministère en charge du secteur dont elles relèvent. Quelque soit la forme adoptée, les conditions d'adhésion sont identiques : elle peut être libre ou automatique. Si l'adhésion aux mutuelles des agents de l'État et du secteur privé est automatique car intervenant dès la signature d'un contrat de travail liant le salarié à l'entreprise, elle est libre et volontaire pour les mutuelles rurales. Par ailleurs, la couverture de l'assurance maladie des agents de l'État ou des salariés des entreprises privées est étendue selon les cas, aux salariés retraités ainsi qu'à leurs familles sous réserve de leur adhésion<sup>47</sup>.

La majorité de ces mutuelles de santé sont de type complémentaire, c'est-à-dire qu'elles « viennent en complément de la prise en charge de l'employeur (par l'État à travers le régime de l'imputation budgétaire) et par l'employeur personne privée (qui accorde une subvention ou une aide substantielle au fonctionnement de la mutuelle) »<sup>48</sup>. Ces mutuelles sont

---

<sup>47</sup> L'article 3 de l'Avant-projet des Statuts de la Mutuelle des enseignants-chercheurs et chercheurs du Supérieur étend le bénéfice des prestations de santé aux enseignants retraités, aux conjoints et aux enfants à charge âgés de moins de 26 ans qui poursuivent leur scolarité.

<sup>48</sup> Ce régime est utilisé par certaines entreprises telles que SONITEL, SNTN, SNTV, ONPE, NIGELEC et SONIDEP); Cf. M. Midou Kailou *in Résumé du Plan de stratégie nationale de développement des mutuelles de santé*, avril 2008, non publié, p. 3.

financées par des salariés du secteur public ou privé qui disposent déjà d'une prise en charge médicale et recourent à la mutualité pour la prise en charge des pathologies exclues du système formel. En pionniers, les agents de la Douane ont créé en 1996 une mutuelle de santé<sup>49</sup> fonctionnant sur la base de la solidarité, en 1999 celle des militaires qui couvre les forces armées et la gendarmerie sur toute l'étendue du territoire nigérien, puis en 2004 celle des agents de la Fonction publique instituant tous des mutuelles de type complémentaire. L'expérience de la mise en place des mutuelles de santé a touché à partir de 2005, divers corps socioprofessionnels couvrant ainsi les médecins, les magistrats, les agents de la CNSS, des transports, ceux de la compagnie d'assurance *Leyma*, ainsi que d'autres institutions, à l'instar de l'Université.

Conjointement, une autre catégorie dite « mutuelle au premier franc » émerge au sein des communautés rurales et du secteur informel. Il s'agit d'un type de mutuelles dont les prestations sont exclusivement supportées par les cotisations de membres qui ne disposent d'aucune autre forme d'assurance maladie. Ces mutuelles se développent sur une base territoriale pour s'étendre du quartier à des groupements, au village, à la commune ou au département. Les structures d'appui de ces mutuelles communautaires et rurales de santé sont constituées d'organismes internationaux<sup>50</sup> ou encore d'ONG nationales<sup>51</sup>. Dans le secteur public, parapublic ou privé, ces structures d'appui sont constituées d'entreprises ou sociétés<sup>52</sup> et de partenaires au développement<sup>53</sup>. Seules les mutuelles de la douane et de la police ne bénéficient de l'appui d'aucune structure. À partir de l'année 2000, on a d'abord assisté à l'institution de la mutuelle *Kourni* dans la région de Zinder et *Bella* dans celle de Dosso avant même que le phénomène de création des mutuelles de santé n'émerge pour couvrir l'ensemble du territoire national. Ensuite, dans cet élan d'autres créations ont suivies, telles

---

<sup>49</sup> Cf. Arrêté n° 188/MI/AT/DAPJ/SA du 3 décembre 1996 autorisant l'Association dénommée « Mutuelle des Douanes Nigériennes » à exercer ses activités au Niger.

<sup>50</sup> Tels que *Care International* et le projet BIT/DANIDA.

<sup>51</sup> À l'instar de l'Organisation nigérienne pour le développement à la base du potentiel humain (ONGPH).

<sup>52</sup> Il en est ainsi de la SONITEL, l'ONPE, la NIGELEC, la SNTN, la Société nigérienne de Transit (NITRA), la SONIDEP et de la SNTV qui appuient les mutuelles créées en leur sein. Cf. La Concertation, *Développement des mutuelles de santé au Niger*, BITSTEP, Dakar-Sénégal 2004, p. 17.

<sup>53</sup> La mutuelle de la *Leyma* est quant à elle assistée par le Projet BIT/DANIDA.

celle de *Bombatou* dans la région de Dosso, de *Alfurma*, *Jin Kai* et *Kiwon Lafia* dans celle de Zinder. Puis, d'autres mutuelles rurales telles que *Tounda-Hiney*, *Banifondo* et *Doubani* ont été créées dans le Département de Loga et Al Umma à Zinder<sup>54</sup>. C'est enfin à partir de 2006, que le phénomène d'extension des mutuelles de santé a effectivement commencé avec, d'une part, celles de *Bani-Maté* de Komabangou et *Ceere Konzo* implantées en 2007 dans la Commune urbaine de Téra et dans le département de Téra et, d'autre part, celles de *Tanadi* à Madarounfa et à Bargaja dans la commune de Madarounfa. En 2008, la mutuelle de *Mballa* est créée dans la commune urbaine de Say. D'autres mutuelles de santé rurales sont également actuellement en gestation à Guidan Roundji, Dakoro, Aguié et Tessaoua dans la région de Maradi. D'autres ont été instituées dans les districts sanitaires de Say dans la région de Tillabéry et dans le district sanitaire de Boboye et de Gaya dans la région de Dosso ainsi que dans les départements de Tanout et Gouré et dans la Commune Urbaine de Zinder et de Maradi.

D'autres expériences sont initiées par les populations locales et pourront servir de fondement à l'institution de mutuelles de santé communautaires avec l'appui des partenaires techniques et financiers du Niger. Ainsi, la coopération technique belge a mis à la disposition du service social de l'hôpital régional de Dosso un fonds social destiné à payer les ordonnances médicales des malades démunis. Par ailleurs, dans ce même département de Dosso, un mécanisme de cotisation de 100 F CFA a été institué par les assemblées générales des comités de santé en application de la loi n° 95-014 du 3 juillet 1995 sur le recouvrement des coûts de santé afin de prendre en charge d'éventuelles évacuations sanitaires ; ce mécanisme test a été généralisé sur les 5 districts de la région de Dosso<sup>55</sup>. De nombreuses autres initiatives locales existent tout en étant très difficiles à inventorier en raison du fait qu'elles opèrent dans le secteur informel et qu'elles ne font l'objet d'aucun appui structurel<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Cf. M. Kailou, *Banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique*, Acteurs de Concertation, BIT/STEP, Dakar-Sénégal 2001, p. 12.

<sup>55</sup> K. Roukayatou, *Diagnostic sur le mouvement mutualiste au Niger*, op. cit.

<sup>56</sup> À l'exemple de l'expérience des ressortissants de la commune urbaine de Filingué, vivant à Gaya, qui se sont organisés pour constituer un fond de solidarité afin de parvenir à prendre en charge les cas de maladie dans leur communauté... Cf. M.-P. Waelkens et B. Criel, *Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne : État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), Washington, Mars 2004, p. 20.

Toutefois, malgré l'importance du recours à l'institution des mutuelles, le taux de couverture du risque maladie demeure très faible puisqu'il ne représente environ que 6% de la population. On estime le nombre total de personnes couvertes à 497 178 dont : 385 000 pour les fonctionnaires ; 37 408 pour leurs ayants droit ; s'agissant des entreprises et du milieu rural, à 55 670 pour la Caisse de sécurité sociale et 19 100 pour l'Assurance privée<sup>57</sup>.

Néanmoins, en dépit de ces spécificités, les mutuelles de santé présentent des aspects communs tant dans leur composition que dans leur mode de fonctionnement.

### **C – Le fonctionnement des mutuelles de santé**

Les mutuelles de santé implantées au Niger fonctionnent sur la base de la solidarité, entre bien-portants et malades, entre jeunes et personnes âgées. Pour atteindre leur idéal de solidarité, en plus des prestations servies, la plupart d'entre elles ont élargi leur domaine d'activité à d'autres prestations sociales. Toutes ces mutuelles définissent leurs objectifs et déterminent les droits et obligations des adhérents ainsi que les modalités de leur fonctionnement. Leur gestion est confiée, soit au comité d'entreprise ou d'établissement ou à un comité syndical, soit à un comité de gestion institué à cet effet.

Les cotisations des bénéficiaires sont disparates et varient d'une mutuelle à une autre ; certaines mutuelles imposent un taux fixe, d'autres un taux variable et la cotisation peut être annuelle ou mensuelle selon les cas. Pour illustration dans le secteur public, concernant les forces armées, la cotisation est mensuelle et varie de 1 800 à 8 250 F CFA par mois<sup>58</sup> ; elle est majorée à partir du 6<sup>ème</sup> enfant et/ou en présence de parents directs admis comme bénéficiaires des prestations. Cette mutuelle s'appuie sur ses propres services de santé, à savoir hôpital, centre de santé intégré et pharmacie. Quant à la mutuelle des enseignants-chercheurs et chercheurs en gestation,

---

<sup>57</sup> Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre les Endémies, *Le point sur la couverture du risque maladie au Niger*, document présenté à la CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers) de Paris, Banque Mondiale, 2004, p. 2.

<sup>58</sup> En fonction du grade du militaire ou du gendarme concerné.

sa cotisation est fixée à près de 4 170 F CFA par mois<sup>59</sup> ; celle de la Douane étant à 5 000 F CFA par mois. Pour accorder le bénéfice de ses prestations de santé aux fonctionnaires cadres, auxiliaires et retraités, la mutuelle des agents de l'État acceptent la retenue à la source en guise de paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle, équivalente à un taux de 5 % du salaire mensuel. Dans le secteur parapublic, le montant de la cotisation s'élève environ à 1 % du montant du salaire mensuel de l'adhérent, auquel s'ajoute un supplément allant de 0,5 % à 0,7 % pour le conjoint et de 0,5 % pour chaque enfant. L'employeur accorde une subvention qui varie de 2 % à 10 % de la cotisation mensuelle des assurés selon ses possibilités (pour l'heure, seule la SONIDEP accepte d'accorder les 1 % de subvention). Enfin, concernant les cotisations du secteur rural et informel, ces dernières sont très faibles dans la mesure où elles reflètent les conditions de vie des bénéficiaires. Ainsi, l'Assemblée constitutive de la mutuelle de la Commune urbaine de Loga dénommée *Tounda-Hiney* a fixé, le 11 mars 2006, le montant de la cotisation annuelle à 1 020 F CFA par bénéficiaire et les droits d'adhésion à 500 F CFA par titulaire<sup>60</sup> ; ce même montant a été élargi aux mutuelles *Banifondo* et *Doubani*. Les mutuelles de quartier *Alfurma*, *Kiwon Lafia* et *Jin Kai* ou encore celles de village tels que *Anfani Kowa*, *Kula Da Rayuwa* et *Lafiya* ont retenu le principe d'une cotisation forfaitaire de 100 F CFA par mois et par bénéficiaire. D'autres mutuelles de village ou de commune, à l'instar de *Bombatou*, *Ceere Konzo*, *Mballa*, *Dadin Kowa* et *Adaltci* pratiquent des montants variables.

Les mécanismes de prise en charge diffèrent également selon les mutuelles. Par exemple, pour celles des agents de la poste (ONPE) et des télécommunications (SONITEL), de la société nigérienne d'électricité (NIGELEC) ou des transports (SNTN), le mode de paiement des consultations, des soins et des médicaments se fait par « bon de prise en charge » que le bénéficiaire présente à la structure de soins requise par la

---

<sup>59</sup> Ce qui représente près de 50 000 F CFA par adhérent par an, somme à laquelle s'ajoutent 10 000 F CFA de droits d'adhésion. Cf. Avant-projet de Statuts et Règlement intérieur de la Mutuelle des enseignants-chercheurs et chercheurs du Supérieur de l'Université Abdou Moumouni de Niamey adopté par l'Assemblée Générale du 11 janvier 2009.

<sup>60</sup> *Tounda Hiney* signifie prévoyance dans la langue djerma. Cf. M. Kailou, *Rapport de l'étude de faisabilité d'une mutuelle de santé dans la Commune Urbaine de Loga*, ministère de la Santé publique et de la Lutte Contre les Endémies, Niamey, novembre 2006, en annexe du document.

mutuelle<sup>61</sup>. La mutuelle des agents de la société nigérienne des produits pétroliers (SONIDEP) procède quant à elle à un remboursement des frais engagés par le bénéficiaire tandis que celle de la Douane, afin d'éviter les fraudes, ne rembourse qu'en cas d'hospitalisation. Pour les mutuelles du secteur rural, à l'exemple de la mutuelle de *Bella* à Dosso et celle de *Kourni* à Zinder, en plus du prépaiement par tous les contribuables de l'aire de santé, le malade paie un ticket modérateur auprès de la formation sanitaire de sa mutuelle.

Il en est de même des prestations servies par les différentes institutions existantes. La mutuelle des agents de la Douane accorde diverses prestations aux adhérents : tantôt des prestations à caractère individuel, tantôt à caractère collectif et d'autres à caractère facultatif. Pour l'essentiel, ces prestations ont un caractère social puisqu'elles visent à soutenir les bénéficiaires lorsqu'ils sont affectés par certains aléas de la vie et à leur accorder un complément de ressources nécessaire à l'éducation des enfants. C'est ainsi que l'Assemblée générale de 2004 a institué une allocation de décès versée en une seule fois à la famille du disparu et une allocation d'appui à la scolarisation des enfants dont le montant varie en fonction du niveau d'étude<sup>62</sup>. De même, l'Assemblée générale de 2005 a accordé une assistance aux douaniers à la retraite et une autre allocation de révocation ainsi que des primes exceptionnelles ou aides exceptionnelles accordées aux douaniers en cas de sinistre.

Quant aux modalités de remboursement, elles aussi peuvent s'effectuer différemment et ce, au sein de la même mutuelle, en fonction du choix de lieu de soin choisi par l'adhérent<sup>63</sup>. En effet, afin de faciliter leur fonctionnement, les mutuelles de santé signent des conventions de soins avec

---

<sup>61</sup> Cf. Atelier de réflexion sur l'élaboration d'un cadre législatif sur les mutuelles de santé, tenu du 13 au 15 septembre 2005 à Niamey au Niger.

<sup>62</sup> L'allocation d'appui à la scolarisation est de 20 000 F CFA pour le primaire, 40 000 F CFA pour le secondaire et 60 000 F CFA pour le supérieur jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Cf. articles 34 à 39 des dispositions statutaires et 18 du règlement intérieur des agents de la Douane modifiées par l'Assemblée Générale Extraordinaire tenue à Niamey, les 9 et 10 mars 2007.

<sup>63</sup> En effet, les différentes mutuelles laissent la liberté totale aux adhérents de s'adresser aux prestataires de leur choix. Pour les diverses modalités de remboursement, voir les divers statuts et règlements intérieurs de ces mutuelles de santé.



les centres publics de santé ou avec certaines cliniques privées<sup>64</sup>. Ainsi, les mutuelles des agents des Postes et Télécommunications accordent le remboursement intégral des actes médicaux, analyses ou hospitalisations effectués dans un service public – en raison de leurs coûts accessibles – alors qu'elles ne procèdent qu'au remboursement partiel des prestations accomplies par les cliniques et autres services privés dont les coûts sont jugés exorbitants.

Enfin, des différences se retrouvent surtout dans les organes de fonctionnement et de gestion de ces mutuelles. Les mutuelles rurales ou de quartiers sont mises en place selon l'organisation d'une Assemblée Générale, d'un Conseil d'Administration, d'un Comité de Surveillance et d'un Bureau Exécutif. Quant aux mutuelles des agents de l'État ou des secteurs parapublics et privés elles sont, dans leur quasi majorité, gérées par le Conseil d'Administration de l'entreprise et un Comité d'établissement. Par ailleurs, certaines mutuelles de santé sont soumises à des contraintes fondées sur des difficultés de gestion technique et financière résultant de la trop grande pauvreté des contribuables. Cette situation qui entrave le fonctionnement de certaines mutuelles communautaires ou rurales, à l'exemple de *Bella* et *Kourni*, s'explique par le comportement des bénéficiaires. En effet, certains membres ne s'estimant pas concernés refusent simplement d'adhérer à l'institution tandis que d'autres ayant adhéré volontairement refusent quant à eux de payer leurs cotisations ou encore effectuent des paiements irréguliers. C'est notamment le cas des mutuelles de la Douane ou des militaires qui ayant connu des difficultés de trésorerie ont été contraintes de prendre des mesures énergiques de redressement en opérant un prélèvement à la base sur les salaires des adhérents de sorte à parer à toute éventualité de refus de paiement des cotisations.

---

<sup>64</sup> C'est notamment le cas de la mutuelle des enseignants-chercheurs dont le choix des prestataires de soins s'est porté sur les établissements publics que sont la maternité Issaka Gazobi, l'hôpital national de Niamey et l'hôpital de Lamordé avec comme points focaux des collègues médecins exerçant dans ces formations sanitaires. L'Assemblée générale du Syndicat des enseignants et chercheurs du Supérieur du 11 janvier 2009 a décidé de la prise en charge des malades par l'État, dans le cas où la mutuelle ne peut pas supporter les coûts exorbitants de l'évacuation sanitaire.

D'autres mutuelles, à l'instar de *Bella 2*, de la NIGELEC et de la SONITEL, ont été confrontées au problème du risque moral qui désigne « le risque que des personnes assurées ayant payé leur cotisation à l'avance exigent plus de services qu'elles n'en auraient demandés si elles n'avaient pas été couvertes »<sup>65</sup>. Ce comportement des adhérents est souvent à l'origine de fraudes et abus constatés dans la pratique, ce qui se traduit au niveau de ces mutuelles par une surconsommation des services, des consultations plus fréquentes et, en cas de coalition entre les prestataires de soins et les malades, par une sur-prescription, voire par une prescription de soins inutiles, une demande en médicaments de confort ainsi que la demande de bons de prise en charge échangés contre des liquidités par les bénéficiaires.

À l'issue de cette étude, le mouvement mutualiste au Niger apparaît comme un mouvement émergent qui tend à couvrir l'ensemble des couches socio-professionnelles et s'élargit aux communautés rurales. Afin d'éviter aux mutuelles émergentes de tomber dans le piège des dysfonctionnements caractéristiques de la plupart des institutions publiques ou privées, l'investissement de l'État dans l'encadrement de la gestion des activités des mutuelles de santé est indispensable. À défaut d'assumer son rôle constitutionnel de protection sociale et sanitaire des populations, dès lors qu'il est suppléé dans cette tâche par les mutuelles de santé, il lui incombe en contrepartie de les soutenir. Ainsi et en vue de garantir leur viabilité, l'État dispose d'un droit de regard global sur les mutuelles qu'il exerce à travers le mécanisme de la tutelle. Cette tutelle peut néanmoins être plus ou moins étendue et se traduire, au-delà de l'institutionnalisation, par un contrôle *a priori* et *a posteriori*. Il consiste notamment à vérifier *a priori* la conformité de la configuration et du fonctionnement ainsi que sa viabilité ; en outre il s'agit de s'assurer que les engagements pris à l'égard des assurés sont tenus et que la gestion est conforme aux normes légales.

Par ailleurs, il s'agit moins d'exercer des actions contraignantes sur les mutuelles que d'envisager l'élaboration de mesures incitatives visant à la promotion de leurs activités et ce, avec le concours de structures d'appui interne et externe. L'État devrait donc adopter une démarche de planification stratégique et des actions en faveur de la création d'un environnement incitatif par un investissement technique et financier. Le soutien financier

---

<sup>65</sup> Cf. M. Kailou, *Banque de données sur les mutuelles de santé en Afrique : Niger*, *op. cit.*

étatique attendu en faveur des mutuelles devrait assurer leur viabilité en vue du renforcement de leur capacité institutionnelle, de l'extension des prestations à un large public et de l'amélioration de la qualité de soins. Ce soutien devrait fournir aux mutuelles les moyens nécessaires à leur bon fonctionnement et ce, en dépit de l'inégalité de la capacité contributive des adhérents, tout en favorisant l'ajustement du niveau des cotisations afin d'éviter le piège de la discrimination. Ainsi, par l'institution d'une cotisation unique, les bénéficiaires des prestations seront incités à adhérer massivement aux mutuelles de santé et à accroître leur capacité contributive, quitte à envisager un supplément de cotisation par bénéficiaire non titulaire de l'assurance maladie. Par ailleurs, la conviction de l'utilité de l'existence des mutuelles ne peut être maximale qu'à condition que leur gestion administrative repose sur une large participation des membres, notamment lorsqu'elle est guidée par la transparence et la démocratie participative. En ce sens, il semble nécessaire que les organes dirigeants impliquent davantage les adhérents à la gestion de la mutuelle, en les invitant notamment à participer aux réunions ; afin de maintenir leur motivation, d'éviter les malentendus et de leur permettre d'y exercer un contrôle régulier.

Aussi, afin d'assurer la viabilité et la pérennité des mutuelles, il incombe à l'État nigérien, avec le concours des partenaires au développement, d'apporter aux mutuelles de santé une assistance technique en vue de renforcer les activités de promotion de la santé. Ils doivent alors outiller les responsables des mutuelles des compétences en gestion technique et financière afin d'atténuer les difficultés qui entravent la bonne marche de certaines d'entre elles. La plupart des mutuelles sont confrontés aux risques majeurs tels que la « sélection adverse » – ou anti-sélection – lequel survient lorsque plusieurs personnes présentant un risque élevé de maladie<sup>66</sup> adhèrent à la mutuelle, et lorsque inversement, les personnes en bonne santé ont tendance à s'abstenir de s'affilier ; le « risque moral » qui se traduit par des fraudes et abus ; ainsi que les « cas catastrophiques » désignant le risque survenant à la suite d'une épidémie qui provoque une augmentation massive et brutale de la qualité et/ou du coût des prestations et pouvant aboutir pour la mutuelle à une situation de crise financière. Ces difficultés ne peuvent être contournées que par la mise en place d'un mécanisme de contrôle rigoureux d'adhésion et d'administration des soins. C'est la raison pour laquelle, il

---

<sup>66</sup> Il s'agit des femmes en âge de procréer, des enfants âgés de 0 à 5 ans et des personnes âgées.

nous apparait nécessaire que l'État élabore une politique active d'encouragement en faveur de la négociation entre les mutuelles et les prestataires de santé de manière à fournir aux adhérents des soins de qualité en toutes circonstances. Dès lors, les autorités sanitaires compétentes au Niger<sup>67</sup> devraient se charger de les encadrer et de les accompagner dans la contractualisation de leurs relations, de sorte à vaincre les résistances qui persistent encore.

---

<sup>67</sup> Tels que la Direction Régionale de la Santé, le ministère de la Santé...