



CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES

(CIMA)

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES

(IIA)

BP : 1575 YAOUNDE- Tél : (+237) 22 20 71 52 – FAX : (+237) 22 20 71 51

E-mail : [ia@cameroun.com](mailto:ia@cameroun.com)

Site web: <http://www.iacameroun.com>

Yaoundé/Cameroun



**MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDES**  
**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES**  
**EN ASSURANCES (DESS – A)**  
(Cycle III 21<sup>ème</sup> promotion 2012 – 2014)

**THEME :**

**LES ENJEUX D'UNE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTE  
POUR L'ASSURANCE MALADIE : cas du Niger.**

**PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :**

**M. IDRISSE AMADOU Hama**

Étudiant, 21<sup>ème</sup> promotion DESS-A  
IIA/Yaoundé

**SOUS LA DIRECTION DE :**

**M. Maman Tar MAI MOUSSA,**

Chef de Département Production UGAN-IARD  
13<sup>ème</sup> promotion DESS-A, IIA/Yaoundé



*Novembre 2014*



---

## DEDICACE

---

**T**u nous as quittés très tôt, trop tôt. Nous ne t'avons jamais oublié, repose en paix maman !

## REMERCIEMENTS

Je rends grâce à Allah, qui dans son infinie bonté m'a fait grâce de ses bienfaits.

Je tiens particulièrement à remercier mon père **M. Idrissa AMADOU** pour m'avoir toujours soutenu dans mes choix académiques. A mes frères et sœurs, ainsi qu'à toute ma famille pour leur soutien et encouragements.

Je tiens également à souligner l'apport inestimable de mon pays le Niger qui tout au long de ma scolarité a pourvu à mon instruction. Entre autres, que la Direction Nationale des Assurances du Niger à travers son Directeur **M. Abdou NOMA** et tout son personnel en soit remerciée.

Mes chaleureux remerciements à Messieurs :

- ✓ **Seydou BOUKARI**, Directeur Général UGAN-IARD pour m' avoir ouvert les portes de son entreprise et assuré un cadre idéal de travail ;
- ✓ **Maman tar MAI MOUSSA**, Chef Département Production UGAN-IARD pour avoir bien voulu encadré ce modeste travail ;
- ✓ **Ousmane DIALLO**, Directeur Central Opérationnel UGAN-IARD, pour ses conseils et sa disponibilité à mon égard ;
- ✓ **IDRISSA AMADOU Dicko**, Chef Département Sinistre corporel et contentieux pour la précieuse documentation et son attention bienveillante à mon égard ;
- ✓ **Ousseini ILLIASSOU**, service IARD à l'UGAN-IARD pour avoir joué le rôle de "grand frère" et faciliter notre intégration à mon lieu de stage ;
- ✓ **Adamou MOUSSA BOUREIMA**, Chef service maladie UGAN-IARD, pour les échanges qui ont permis d'enrichir ma réflexion ;
- ✓ **DOSSOU-YOVO Roger Jean-Raoul**, Directeur Général de l'IIA, au personnel et au corps enseignant de cette prestigieuse école ;
- ✓ **Yacouba ADAMOU SIRFO ; Abdoul Razak ALI BARSO ; Abdourahmane SOULEY SOUMEY**, mes promotionnaires et compatriotes à l'IIA pour ces deux années de fraternité ;

Enfin je reste redevable envers mes camarades, amis, aînés et connaissances, à tous ceux qui de manière anonyme, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail ainsi qu'à l'ensemble de mes interlocuteurs rencontrés durant ma phase de recherche, pour le temps accordé et les éclairages sur les thématiques abordées lors de nos entretiens.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>AME</b>	Aide Médicale de l'État
<b>AMU</b>	Assurance Maladie Universelle
<b>AT/MP</b>	Accident du Travail et Maladie Professionnelle
<b>CIMA</b>	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance
<b>CMU</b>	Couverture Maladie Universelle
<b>CMU-C</b>	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
<b>CNGS</b>	Caisse Nationale de Garantie Sociale
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CS</b>	Case de Santé
<b>CSI</b>	Centre de Santé Intégré
<b>CUS</b>	Couverture Universelle Santé
<b>GEF</b>	Gabonais Économiquement Faibles
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>HD</b>	Hôpital de District
<b>IARD</b>	Incendie, Accident et Risques Divers
<b>PF</b>	Prestations Familiales
<b>PNPS</b>	Politique Nationale de Protection Sociale
<b>UGAN-IARD</b>	Union Générale des Assurances du Niger

---

## LISTE DES TABLEAUX

---

<b>Tableau 1</b> : Évolution des infrastructures de santé publique de 2010 à 2012. ....	7
<b>Tableau 2</b> : Part de la branche maladie dans le chiffre d'affaires des compagnies d'assurances IARD exerçant en 2012. ....	12
<b>Tableau 3</b> : Évolution du personnel de la santé publique (2010 à 2012). ....	19
<b>Tableau 4</b> : Tableau d'ajustement de la prime d'assurance maladie. ....	34

---

## LISTE DES FIGURES

---

<b>Figure 1</b> : Pyramide sanitaire publique du Niger. ....	6
<b>Figure 2</b> : Classement des compagnies d'assurances selon le chiffre d'affaires en branche maladie. .....	13
<b>Figure 3</b> : Schématisation du système de tiers payant.....	33
<b>Figure 4</b> : Schéma de fonctionnement de l'exemption du paiement des frais de santé.....	35
<b>Figure 5</b> : Architecture mutuelle communale de santé.....	39
<b>Figure 6</b> : Architecture mutuelle de santé des salariés.....	39
<b>Figure 7</b> : Vision globale de la mutualité santé.....	40
<b>Figure 8</b> : Décomposition de la prime d'assurance complémentaire santé.....	53

---

## GLOSSAIRE DE L'ETUDE

---

\***Anti-sélection** : ou sélection adverse, désigne les dysfonctionnements du marché de l'assurance du fait de l'information cachée dont les assurés peuvent disposer sur leurs propres risques et dont l'assureur n'est pas informé.

\***Assurance maladie** : système conçu pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie ou par un accident.

\***Couverture universelle santé** : consiste à veiller 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 à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers.

\***Complémentaire santé** : contrat qui a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé de l'assuré concernant la maladie, l'accident et la maternité, non couvertes par une couverture maladie de base.

\***Délai d'attente** : Période au cours de laquelle l'assureur ne prend pas en charge les affections diagnostiquées ou constatées pendant toute sa durée, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés à la souscription.

\***Délai de carence** : c'est la période d'exclusion des soins de santé relatifs aux affections déterminées au contrat et modulés selon la nature de l'affection, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés à la souscription. Seront cependant pris en charge les soins exposés après l'expiration du délai de carence, mais relatifs à une affection diagnostiquée au cours de celui-ci.

\***Maladie** : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

\***Produit d'Appel** : produit qui sert de porte d'entrée dans le portefeuille de l'assuré et permettant par la suite d'obtenir de ce dernier d'autres contrats plus intéressants.

\***Ticket-modérateur** : franchise laissée à la charge de l'assuré avec comme but de moraliser l'assuré en lui inculquant une autodiscipline dans la consommation des biens et services médicaux.

\***Tiers payant** : Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie pour les soins ou produits qu'ils ont eu à délivrer à l'assuré.

---

## RESUME

---

Le système de santé actuelle du Niger se caractérise essentiellement par deux choses. D'une part, l'hétérogénéité du niveau de couverture de la population et d'autre part la pluralité des acteurs intervenants dans ce domaine. Historiquement l'État à travers les structures sanitaires publiques est le premier acteur de la couverture santé au Niger. Il l'est également en termes de personnel et d'investissements en infrastructures sanitaires. Aux côtés de l'État, œuvrent une multitude d'autres acteurs dont les assureurs à travers l'assurance maladie.

Sous l'impulsion des partenaires techniques et financiers (notamment l'OMS et la coopération technique belge), le Niger à l'instar d'autres pays de la zone CIMA s'est depuis peu engagé vers la mise en place d'une couverture universelle santé (CUS). Cette dernière vise principalement à étendre l'accès aux soins et services de santé à l'ensemble de la population sans que son coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Pour sa part, l'assurance maladie, vise à prendre en charge les conséquences financières générées par une altération de la santé de l'assuré, qu'elle soit causée par une maladie ou par un accident.

A ce jour, la couverture universelle santé n'est pas encore effective au Niger mais, le comité de réflexion sur la CUS a déjà décliné l'architecture de celle-ci. Une telle couverture ne sera pas sans conséquences sur l'assurance maladie. Du coup, le présent mémoire de fin de formation intitulé « les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger. » se propose de se pencher sur cette réforme afin, de déterminer le rôle que pourraient éventuellement jouer les assureurs et d'en apprécier l'intérêt à terme.

Dans un contexte de couverture universelle santé, l'une des alternatives pour l'assurance maladie pourrait être la commercialisation de garanties complémentaires santé ceci pour pallier à l'insuffisance du niveau de couverture du régime de base.

**Mots-clés :** Assurance, Santé, Couverture Universelle, Complémentaire.

---

## ABSTRACT

---

The current health of Niger system essentially is characterized by two things. Firstly, the heterogeneity of the level of coverage and other hand the plurality of stakeholders in this field. Historically the State through public health facilities is the first actor to cover health in Niger. It is also in terms of staff and investment in health infrastructure. Alongside the State, work a multitude of other actors including the insurers through health insurance.

Under the impetus of the technical and financial partners (including WHO and the Belgian technical cooperation), Niger like other countries of the zone CIMA recently committed to setting up coverage universal health. The latter seeks to expand access to care and health services to the entire population without that its cost would lead to financial difficulties for users. With regard to health insurance, it is to support the financial consequences generated by an alteration to the health of the insured person that it is caused by a disease or an accident.

Today, the coverage universal health is not yet effective in Niger but, Committee of reflection on the CUS has already declined architecture it. Such coverage will not be without consequences on health insurance. Suddenly, the present memory of end of training entitled "issues of coverage universal health insurance: case of Niger." proposes to focus on this reform so, determine the role that might play the insurers and to appreciate the term interest.

In the context of coverage universal health, one of the alternatives for health insurance could be the marketing of warranties complementary health this to compensate for the lack of coverage of the basic plan.

**Keywords:** Insurance, health, universal, complementary coverage.

---

## SOMMAIRE

---

INTRODUCTION.....	1
<b>PREMIÈRE PARTIE : VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ AU NIGER.....</b>	<b>3</b>
Chapitre 1 : La Couverture du risque santé actuelle au Niger .....	4
Section 1 : Acteurs et niveaux de couverture santé au Niger .....	4
Section 2 : Appréciation de la couverture santé du Niger .....	18
Chapitre 2 : Gestation d'une couverture universelle santé au Niger.....	22
Section 1 : Définition du concept et modèles de Couverture Universelle Santé.....	22
Section 2 : Organisation et processus de mise en place de la couverture universelle santé .....	27
<b>DEUXIÈME PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ.....</b>	<b>41</b>
Chapitre 1 : De l'offre d'assurance maladie dans un contexte de couverture universelle santé .....	42
Section 1 : La nécessité d'évoluer vers une offre d'assurance complémentaire santé .....	42
Section 2 : Commercialisation de l'assurance complémentaire santé .....	47
Chapitre 2 : Production et gestion de sinistres en assurance complémentaire santé.....	53
Section 1 : La production en assurance complémentaire santé .....	53
Section 2 : La surveillance du portefeuille assurance complémentaire santé.....	58
Section 3 : Le règlement de sinistre en assurance complémentaire santé .....	61
CONCLUSION .....	65
BIBLIOGRAPHIE .....	66

---

## AVANT-PROPOS

---

En sus des "cours théoriques", l'obtention du Diplôme d'Études Supérieures Spécialisés en Assurances (DESS-A) est subordonnée à un stage pratique en entreprise d'une durée de six (6) mois. A l'issue de ce stage, chaque étudiant doit présenter et soutenir un thème de mémoire. C'est dans ce cadre que nous nous sommes intéressés à la mise en place d'une Couverture Universelle Santé au Niger et plus particulièrement sur l'impact que pourrait avoir cette réforme sur l'assurance maladie commercialisée par les compagnies d'assurances exerçants sur ce marché.

Notre étude traite ainsi de la santé et ce choix n'est pas anodin. En effet, combien de fois avons-nous été des témoins impuissants face à la détresse de proches qui faute de soins adéquats ne sont plus de ce monde. C'est pourquoi, la première évocation d'une couverture universelle santé au Niger a ravivée en nous espoir et surtout l'envie d'apporter notre contribution, aussi minime soit-elle.

La couverture universelle santé au Niger suscite des nombreuses questions quant à sa faisabilité et sa pérennité. Hélas, le présent document n'a pas pour prétention d'apporter des réponses à des telles préoccupations. Nous laisserons ces interrogations à des personnes et institutions plus indiquées et compétentes que le cadre de ce modeste travail. Mais si notre étude est beaucoup plus modeste elle ne reste pas moins tout aussi passionnante. En effet, elle se propose de prendre le relai et de se pencher sur le devenir de l'assurance maladie à l'aune d'une couverture universelle santé au Niger.

---

## INTRODUCTION

---

*« Qui a la santé a tout,  
qui n'a pas la santé n'a rien. »*

*Proverbe nigérien.*

Sous l'impulsion de ses partenaires techniques et financiers dont notamment l'OMS, le Niger à l'instar de nombreux pays de la zone CIMA est en passe d'instaurer un régime de Couverture Universelle Santé (CUS). Cette initiative vise à étendre la couverture santé à l'ensemble de la population, surtout aux plus démunis. Pour ce faire, un comité de réflexion sur la CUS a été mis en place par le Ministère de la Santé en Avril 2013. A ce jour, les réflexions menées par ce comité suggèrent la création de mutuelles de santé comme système de couverture du risque maladie.

Par son caractère universel, la couverture santé intéresse l'ensemble des nigériens. Toutefois, au stade actuel de son évolution, cette réforme intéresse davantage les acteurs de la couverture du risque maladie qui sont sensés la concevoir, la mettre en œuvre et la pérenniser comme l'indique l'arrêté N°183 MSP/SG/DEP/DF du 26 Avril 2013 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un comité technique chargé de réfléchir sur la Couverture Universelle en Santé au Niger.

L'assurance maladie en tant que moyen de couverture du risque santé figure parmi les acteurs de la couverture du risque santé. Au Niger, cette catégorie d'assurance est presque exclusivement le fait de compagnies d'assurances IARD. L'assurance maladie est une garantie qui vise à protéger les personnes contre les conséquences financières de la maladie mais aussi celles de l'accident et de la maternité. Même si cette forme d'assurance ne couvre qu'une minorité de la population au fil du temps, est devenue incontournable pour beaucoup d'entreprises privées qui par son biais s'acquittent de l'obligation qui leur incombent de garantir les conséquences pécuniaires suite à une altération de la santé de leurs employés.

Dès lors, qu'advient-il de l'assurance maladie avec l'avènement d'une couverture universelle santé ?

Les assureurs maladie peuvent-ils continuer à commercialiser ce produit ? Si oui, sous quelle forme ?

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

De plus, l'instauration d'une couverture universelle santé ne pourrait-elle pas redonner un second souffle à la branche maladie qui est souvent reléguée au rang de produit d'appel ?

En somme, quels sont les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie au Niger ?

Avant d'examiner les enjeux présents et à venir de l'assurance maladie en contexte de couverture universelle santé (Deuxième partie), nous nous attèlerons à présenter la couverture sanitaire actuelle avant d'évoquer la gestation d'une couverture universelle santé au Niger (Première partie).



PREMIÈRE PARTIE : VERS UNE  
COUVERTURE UNIVERSELLE  
SANTÉ AU NIGER

## Chapitre 1 : La Couverture du risque santé actuelle au Niger

Le secteur de la santé au Niger est animé par des hommes et des institutions qui concourent à relever le taux de couverture santé même si les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des espérances.

### Section 1 : Acteurs et niveaux de couverture santé au Niger

Il a fallu en 1998 avec le Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emploi au Niger (PAIPCE) pour voir le domaine de la santé se libéraliser au Niger. En effet, longtemps l'État était le seul acteur de la couverture santé au Niger.

#### Paragraphe 1 : Les acteurs de la couverture santé au Niger

Aux cotés de l'État qui est le principal pourvoyeur aux soins et services de santé, gravite tout un ensemble d'acteurs œuvrant dans ce domaine.

#### A. Les acteurs de la santé publique

Les acteurs de la santé publique ont une vocation populaire. Ils sont ouverts à tous les usagers sans aucune discrimination. Ces acteurs sont d'une part l'État et d'autre part la CNSS du Niger.

#### 1. L'ÉTAT : les structures sanitaires publiques

Historiquement, l'État est le premier acteur de la couverture du risque maladie au Niger à travers les structures sanitaires publiques qui pour certaines sont héritées de la colonisation. Il est également le premier en termes d'investissements en infrastructures sanitaires.

Pour apprécier le rôle de l'État dans le domaine de la santé, une revue du cadre institutionnel et organisationnel s'impose.

#### a. Le cadre institutionnel de la santé publique au Niger

Devenu indépendant en 1960, le Niger opta aussitôt pour une politique de "santé pour tous". Instituant de fait un système de santé totalement pris en charge par le budget national. Cependant cette politique péchait par la très forte centralisation des infrastructures de santé dans les zones urbaines au détriment des zones rurales.

En raison de la récession économique des années 70 et 80 qui prévalaient au Niger comme dans beaucoup de pays africains, l'État nigérien a dû revoir sa copie, sonnante ainsi la fin de la gratuité de la santé. C'est ainsi que sous l'égide des Nations Unies (UN), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a tenu la conférence de Bamako plus connue sous le nom de « l'initiative de Bamako » organisée du 9 au 16 Septembre 1987. L'objectif de cette conférence était de réfléchir à l'après "gratuité de la santé" dont la faillite était programmée à cause de la crise économique. Aujourd'hui, on retient surtout de cette conférence la résolution des États à instituer le recouvrement des coûts de santé. Au Niger cette décision s'est matérialisée par la loi n°95-015 du 3 Juillet 1995 et son décret d'application N°96- 224 du 29 Juin 1996 portant généralisation du recouvrement partiel des coûts de santé.

## **b. Le cadre administratif et organisationnel de la santé publique au Niger**

L'organisation administrative de la santé publique actuelle du Niger, date de 1985. Cette date correspond à celle de la conférence de Lusaka qui fut l'occasion de rompre avec le « système hospitalo-centrés »<sup>1</sup> marqué par l'organisation centrée du système de santé. Il fut depuis lors institué une organisation pyramidale du système de santé en trois niveaux :

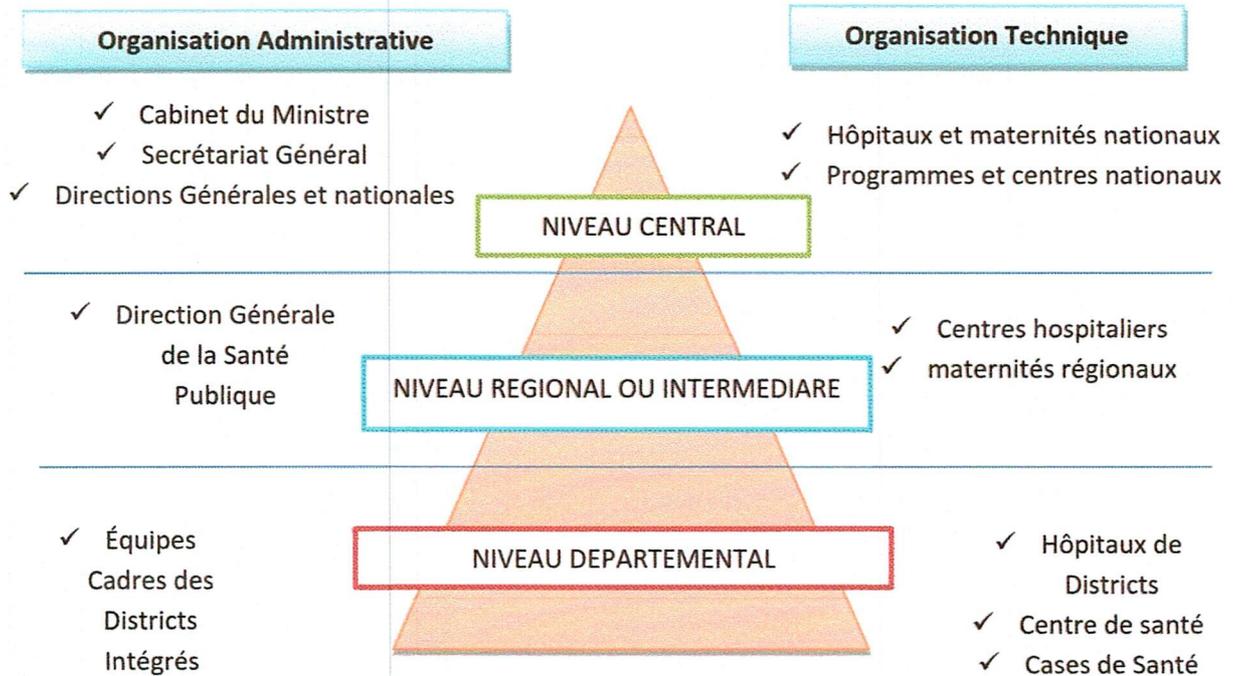
- **le niveau central ou stratégique**, constitué par le Cabinet du Ministre de la Santé, le Secrétariat Général, et les Directions Générales et Nationales ;
- **le niveau intermédiaire**, représenté par les Directions Régionales de la Santé publique ;
- **le niveau opérationnel**, comprenant les équipes cadres de District type I et II.

S'agissant de *l'organisation technique du système de santé* publique du Niger, elle est calquée sur l'organisation administrative et se décline comme suit :

- **le niveau central** garant de l'appui stratégique et constitué des Hôpitaux Nationaux et des Centres Nationaux de Référence (CNR) ;
- **le niveau régional ou niveau intermédiaire** représenté par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Maternités de Référence ;

<sup>1</sup>Stéphane Tizio Yves-Antoine Flori, L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? In : Tiers-Monde. 1997, tome 38 n°152. pp. 839.

- **le niveau opérationnel** (District) avec les Hôpitaux de District (HD) et leurs réseaux de Centres de Santé Intégrés (CSI), et de Cases de Santé (CS). Cette organisation technique peut être schématisée comme ci-après :



Source : Ministère de la Santé Publique du Niger

FIGURE 1 : Pyramide sanitaire publique du Niger.

Au sommet de la pyramide se trouvent les Hôpitaux nationaux, Maternité de Référence nationale et les Centres de Référence nationale.

Les Hôpitaux nationaux sont au nombre de 3 à savoir : l'Hôpital National de Niamey, l'Hôpital National de Lamordé (anciennement Centre Hospitalier Universitaire) et l'Hôpital National de Zinder.

D'après l'OMS, le district sanitaire est une zone décentralisée relativement autonome et économiquement viable, couvrant l'essentiel des besoins de santé des populations situées dans ses limites géographiques. Au Niger le District Sanitaire correspond au Niveau Opérationnel et est constitués par :

- **les Hôpitaux de District (HD)** : les Hôpitaux de District sont le complément et le soutien des soins de santé menés au niveau des Centre de Santé Intégré qui

leur sont rattachés. Les Hôpitaux de District constituent donc le niveau de référence des CSI ;

- *les Centres de Santé Intégrés (CSI)* : ils relèvent du District Sanitaire et mènent des activités curatives, le suivi et le dépistage de certaines maladies chroniques (lèpre, tuberculose...) ainsi que, des activités préventives, activités de laboratoire simple mais également des activités en stratégies foraines dans les villages de l'aire de santé y compris les cases de santé ;
- *les Cases de Santé (CS)* : en principe, elles doivent être implantées au-delà de cinq (5) km d'un Centre de Santé Intégré. Ce sont des unités de santé à l'échelle villageoise. A ce titre, elles fournissent un certain nombre de prestations dont notamment la prise en charge des affections courantes (les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, le paludisme), la disponibilité des médicaments essentiellement génériques pour les besoins du traitement, le planning familial etc.

De manière chiffrée, les infrastructures sanitaires publiques se répartissent de 2010 à 2012 comme suit :

**TABLEAU 1 : Évolution des infrastructures de santé publique de 2010 à 2012.**

<b>Structures sanitaires</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Hôpitaux nationaux	3	3	3
Hôpitaux régionaux	6	6	6
Hôpitaux de district	32	32	33
Maternités de référence	4	3	3
Centres de Santé Intégrés de type I	621	617	628
Centres de Santé Intégrés de type II	195	232	228
Cases de santé	2465	2478	2451

*Source : Le Niger en chiffre 2013, Institut National des Statistiques.*

En plus des structures sanitaires publiques, le Niger compte comme acteur publique de la couverture sanitaire, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Mais, comme bon nombre de pays en voie de développement, la CNSS du Niger ne compte pas la maladie au titre des branches couvertes par la sécurité sociale. Ceci dit, la particularité de

la CNSS du Niger est d'offrir quoique de manière subsidiaire des prestations sanitaires indépendamment de la qualité d'assuré ou pas.

## 2. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

La CNSS a été instituée par la Loi N° 65-004 du 8 février 1965 abrogée et remplacée par la Loi N° 2003-34 du 05 Août 2003 portant création d'un établissement public à caractère social dénommé CNSS. Les statuts de ladite caisse ont été adoptés par Décret N° 2005-64/PRN/MFPT du 11 mars 2005.

Conformément aux dispositions de ces deux textes, la CNSS est un établissement public à caractère social, doté de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie financière. Elle est placée sous la tutelle du Ministre chargé du Travail et est administrée par un Conseil d'Administration tripartite composé de membres représentant l'État, les employeurs et les travailleurs. Aux termes de l'article 2 de la Loi N°2003-34 précitée, la CNSS a pour mission de gérer les différentes branches de sécurité sociale instituées en faveur des travailleurs salariés conformément à l'Ordonnance N°96-039 du 29 juin 1996 portant Code du Travail de la République du Niger.

La CNSS du Niger compte les branches suivantes :

- **la branche prestations familiales** couvrant les charges inhérentes à la naissance, l'entretien et l'éducation de l'enfant ;
- **la branche des risques professionnels** qui vise à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles et le cas échéant à réparer les conséquences résultant de la survenance de ces risques (incapacité temporaire ou partielle et décès) ;
- **la branche des pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants** qui vise à garantir un revenu aux travailleurs salariés admis à la retraite et en cas de décès de ceux-ci à leurs ayants droit.

En outre, dans le cadre de sa mission, la CNSS gère un **fonds d'action sanitaire et sociale** dont le but est le service de prestations en nature en faveur des salariés et de leurs familles. Certaines de ces prestations notamment les soins de santé de base sont élargies à toute la population (assuré et non assuré), grâce aux centres médico-sociaux de la CNSS.

Pour mener à bien ces actions sanitaires et sociales, la CNSS dispose des structures suivantes :

- sept centres Médico-sociaux dont deux à Niamey, deux à Maradi, un à Zinder, un à Tahoua et un autre à Agadez ;
- une infirmerie du personnel à Niamey ;
- et un centre de Promotion Sociale (CPS) à Niamey avec des antennes à Agadez, Maradi, Tahoua et Zinder.

Les dépenses de l'action sanitaire et sociale sont financées chaque année par les prélèvements opérés sur les ressources de chacune des branches techniques (PF, AT/MP, AP). Dans le cadre de son action sociale, la CNSS intervient également dans le domaine de la santé les prestations de la CNSS concernent essentiellement les axes suivants :

- la protection de la santé de la famille ;
- la promotion sociale des personnes défavorisées.

Pour aller dans ce sens, la CNSS mène trois types d'activités. Il s'agit d'activités curatives, préventives et éducatives. Au titre des activités préventives de la CNSS, nous pouvons énumérer les consultations prénatales, la planification familiale, les consultations de nourrissons, et les vaccinations. S'agissant des activités curatives, c'est évidemment les consultations médicales, les examens de laboratoire et les évacuations sanitaires, contrôles et examens médicaux à l'étranger. Enfin la CNSS effectue des activités éducatives que sont l'éducation sanitaire et l'éducation nutritionnelle.

Nous pouvons retenir qu'en plus des prestations en espèces et/ou en nature au profit des assurés sociaux, la CNSS mène un volet sanitaire. Cette action sanitaire ne se limite pas aux seuls assurés sociaux, elle s'étend à l'ensemble de la population. De ce fait, l'extension de l'action sanitaire et sociale à l'ensemble de la population fait que la CNSS participe à la politique nationale de santé du Niger.

Outre ces acteurs publics, participent à la couverture du risque santé des acteurs non étatiques.

## **B. Les acteurs non étatiques de la couverture du risque santé au Niger**

Aux cotés des acteurs publics que sont l'État et la CNSS, s'est tissé toute une toile de prestataires de soins et service de santé.

### **1. Les prestataires privés du domaine de la santé**

Ce sont des établissements à but lucratif souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux pratiquant l'exercice libéral de la santé. Au Niger, la libéralisation de la santé a commencée en 1998 avec le Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emploi (PAIPCE). Il s'agit des établissements de santé privée suivants :

- les cliniques et polycliniques privées ;
- les pharmacies privées ;
- les cabinets dentaires ;
- les cabinets d'opticien ;
- les cabinets de santé ;
- etc.

Depuis la libéralisation du secteur de la santé, le nombre d'établissements de santé à but lucratif ne fait que croître et cela au détriment de la qualité des prestations fournies aux patients. Certains intervenants du domaine de la santé dont notamment les compagnies d'assurances par ailleurs, principaux partenaires des ces établissements de santé font aujourd'hui les frais du développement tout azimut des prestataires privés dans ce domaine. Il est fréquent, au détour d'une facture établie par ces derniers, de tomber sur des actes surfacturés, des dépassements d'honoraires voire même des fraudes à l'assurance de la part des assurés de connivence avec les employés des ces établissements. Comme explication à cette baisse de la qualité des prestations fournies par les établissements de santé à but lucratif, on peut avancer deux choses : d'une part la recherche effrénée de marge bénéficiaire et d'autre part comme conséquence immédiate de cette quête de profit, un personnel sous qualifié et mal rémunéré.

### **2. L'assurance maladie privée**

L'assurance maladie est définie comme étant « un système conçu pour alléger la charge financière générée par une altération de la santé, qu'elle soit causée par une maladie

ou par un accident »<sup>2</sup>. L'assurance maladie fait partie de l'une des dix-neuf (19) branches prévues par le code CIMA au titre des branches IARD. En 2012, la branche maladie est pratiquée par quatre (4) compagnies d'assurances IARD exerçant sur le marché nigérien :

- **UGAN-IARD** : Union Générale des Assurances du Niger ;
- **SNAR LEYMA** : Société Nigérienne d'Assurances et de Réassurances ;
- **CAREN** : Compagnie d'Assurances et de Réassurances du Niger ;
- **NIA** : Nigérienne d'Assurances et de Réassurances.

L'intérêt que procure la détention d'une assurance maladie privée est le système du tiers payant. Ce système dispense l'assuré d'avancer les frais de traitement et ainsi se faire soigner sans déboursier de l'argent. Les assureurs maladies y parviennent grâce aux conventions qu'ils nouent avec les cliniques, polycliniques, pharmacies privées et autres prestataires de santé. De plus, ce partenariat leur permet de disposer d'une assez large couverture sur quasiment toute l'étendue du territoire national.

Les contrats d'assurance maladie proposés par ces compagnies d'assurances sont exclusivement des contrats groupes c'est-à-dire des garanties maladies couvrant un ensemble de personnes non uniquement constitué pour la circonstance. Cette situation s'explique par la forte probabilité d'anti-sélection en assurance maladie individuelle. Les contrats d'assurance maladie groupe s'adressent principalement aux personnes morales qui y souscrivent pour protéger leurs employés contre le risque financiers de la maladie.

Souscrivent aux contrats d'assurance maladie groupe, pour le compte de leurs personnels, certaines entreprises privées ; ambassades et consultants ; et certaines organisations non gouvernementales (ONG).

Les compagnies d'assurance maladie privée exerçant au Niger pratiquent la forme d'assurance maladie la plus classique. Celle-ci consiste au remboursement des frais de santé exposés par les assurés suite à une altération de leurs états de santé. En cela, cette forme d'assurance maladie privée peut s'analyser en une technique de gestion des fonds confiés par les assurés.

---

<sup>2</sup>DOUGH LACEY, SWISS-RE of South Africa in NDOBO Basile, Cours Assurance des risqué divers, Institut International des Assurances, Yaoundé Juin 2013, p. 96.

Comme le résume le tableau ci-dessous, la branche maladie représente en termes de primes<sup>3</sup> un peu plus de 3 milliards de F CFA soit 17 % du chiffre d'affaires du marché nigérien de l'assurance IARD en 2012. Le taux de sinistralité de la branche maladie est de 62% pour l'année considérée soit 3 points en dessous de la prime de risque<sup>4</sup> qui est de 65%. A l'évidence, la marge est très faible. Par ailleurs, la rude concurrence sur le marché nigérien conduit certaines compagnies d'assurances à la sous tarification du risque maladie dans la perspective d'être le moins disant et ainsi décrocher le contrat. En outre, la consommation effrénée en soins et services de santé de la part des assurés, constitue un autre frein à la rentabilité de la branche maladie. Aussitôt encaissées, les primes commencent déjà à servir au remboursement des frais de santé exposés par les assurés. Ce qui, ne permet pas aux assureurs de pouvoir placer les primes collectées sur les marchés financiers pour en percevoir des produits financiers capables de compenser la faible rentabilité technique de la branche. Pour toutes ces raisons, l'assurance maladie malgré son poids dans le portefeuille des compagnies d'assurances<sup>5</sup> du marché demeure qu'un simple produit d'appel.

**TABLEAU 2 :** Part de la branche maladie dans le chiffre d'affaires<sup>6</sup> des compagnies d'assurances IARD exerçant en 2012.

Compagnies	Chiffre d'affaires	Branche maladie <sup>7</sup>			
		Montant	% du CA	Charge de sinistre	S/P
CAREN	4 888 287	568 236	11,62%	338 298	59,53%
NIA	4 641 981	1 869 607	40,28%	1 265 541	67,69%
LEYMA	4 384 296	191 271	4,36%	116 077	60,69%
UGAN-IARD	3 806 774	396 095	10,41%	164 970	41,65%
<b>Ensemble</b>	<b>17 721 338</b>	<b>3 025 209</b>	<b>17,07%</b>	<b>1 884 886</b>	<b>62%</b>

Source : Comité des assureurs du Niger.

<sup>3</sup> Le montant des primes est exprimé en termes de primes acquises.

<sup>4</sup> Décomposition de la prime : 15% frais généraux ; 20 % frais d'acquisition ; 65% prime pure ou prime de risque.

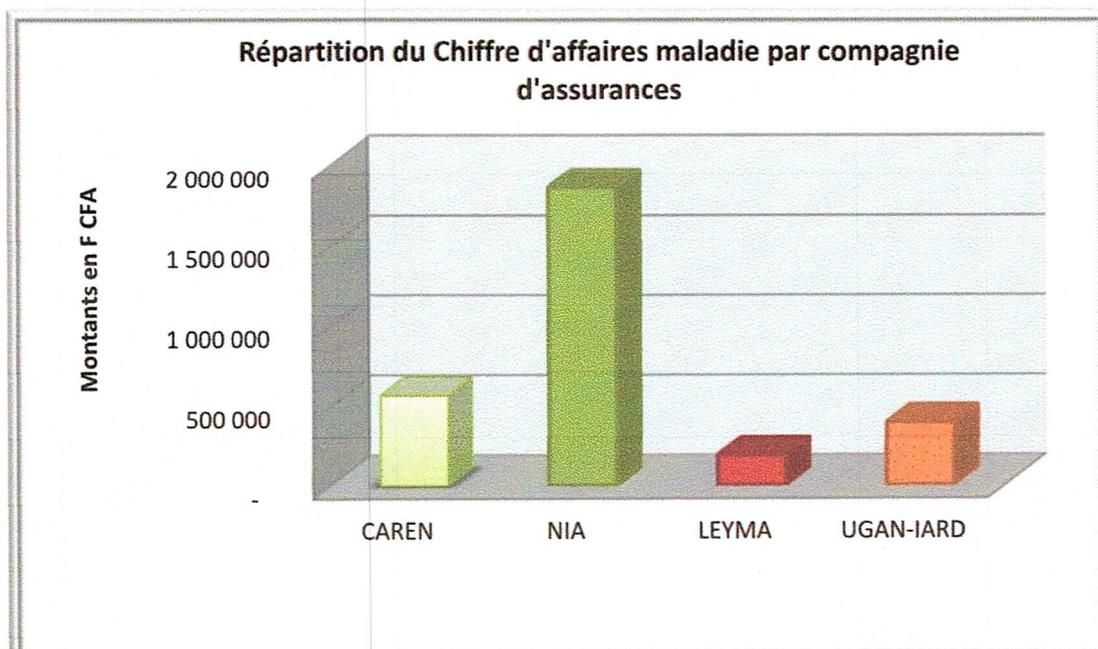
<sup>5</sup> La branche maladie représentait 40% du chiffre d'affaires de la NIA leader du marché de l'assurance maladie privée en 2012.

<sup>6</sup> En millier de F CFA.

<sup>7</sup> Y compris les accidents corporels.

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.



Source : Comité des assureurs du Niger.

**FIGURE 2 :** Classement des compagnies d'assurances selon le chiffre d'affaires en branche maladie.

Il est à noter que la compagnie leader<sup>8</sup> en assurance maladie (NIA) sur le marché nigérien est aussi celle qui a le plus fort taux de sinistralité ce qui confirme la non rentabilité de cette branche.

### 3. Les mutuelles de santé

Les mutuelles de santé recouvrent des réalités très différentes au Niger. De ce fait, une distinction doit être opérée entre mutuelles de santé rurales et les mutuelles de santé des entreprises parapubliques.

Au Niger le mouvement mutualiste est encore au stade de l'expérimentation surtout en ce qui concerne les mutuelles rurales en atteste l'enquête de faisabilité concernant la mise en place d'une mutuelle de santé dans la commune rurale de Falmey (région de Dosso), réalisée du 11 au 31 décembre 2012<sup>9</sup>.

Par contre, pour ce qui est des mutuelles de santé des entreprises parapubliques et certains agents de l'État, ce mode de gestion du risque santé est depuis longtemps intégré

<sup>8</sup> En termes de chiffre d'affaires.

<sup>9</sup> MICHEL VIGNEUL, Étude de faisabilité de la mutuelle communale de Falmey au Niger, Février 2013, pp. 74

dans les habitudes de ses institutions même si, leur nombre ne fait que décliner. Concernant les mutuelles des entreprises parapubliques nous pouvons notamment citer celle de la Société Nigérienne d'électricité (NIGELEC), la Mutuelles des Agents de la Société d'Exploitation des Eaux du Niger (SEEN), la Société Nigérienne de Télécommunication (SONITEL)...

D'autres acteurs beaucoup plus discrets mais non moins important contribuent à leur manière à la couverture du risque santé au Niger. Il s'agit des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé au Niger.

#### 4. Les partenaires techniques et financiers

Le domaine de la santé à l'instar des autres secteurs publics dispose de sa litanie de partenaires qui va des plus classiques aux ONG sous perfusion de financements extérieures. Il s'agit de :

- **la représentation de l'OMS au Niger** : qui a pour mission de promouvoir l'atteinte du niveau de santé le plus élevé possible pour toutes les populations du Niger en collaborant avec le gouvernement et les autres partenaires au développement sanitaire ;
- **le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)** : intervenant dans le domaine de la santé de la reproduction au Niger ;
- **la Coopération technique Belge** : à travers le Programme d'Appui au Renforcement de la Santé au Niger (PARS) ;
- **le Bureau Technique de la Coopération Espagnole au Niger** : qui appuie l'extension des services sanitaires en milieu rural ;
- **l'Association Nigérienne pour le Bien-être Familial (ANBF)**, qui est plus tournée sur les questions d'assistance sociale et plus particulièrement la planification familiale
- etc.

La liste ici présentée n'est qu'indicative en ce sens que le domaine de la santé au Niger dépend fortement de l'appui des PTF.

#### 5. La médecine Traditionnelle

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

Mal connue, du système formel de la santé, la médecine traditionnelle est très souvent associée à du charlatanisme. Pourtant, elle représente la forme de médecine la plus fréquentée par les populations surtout en milieu rural où elle supplée aux défaillances des structures sanitaires publiques. Cependant, l'accès à l'exercice de cette forme de médecine n'est pas encadré d'où certains dérives de nature à ternir l'image de cette science séculaire.

Après avoir donné un aperçu sur les acteurs de la couverture santé au Niger, il revient à se pencher sur l'impact de ceux-ci dans l'amélioration des conditions sanitaires au Niger.

## **Paragraphe 2 : Le niveau de couverture du risque santé**

La diversité des acteurs de la couverture du risque santé au Niger induit un niveau de couverture tout aussi disparate et inégalitaire. Pour mieux refléter cette inégalité devant la maladie, nous aborderons par ordre décroissant de niveau de couverture, les usagers du système de santé nigérien.

### **A. Les travailleurs du secteur formel**

Les travailleurs du secteur formel représentent une part infime des travailleurs. Il s'agit essentiellement des fonctionnaires de l'État, des travailleurs du secteur privé affiliés à la CNSS et enfin des travailleurs du secteur parapublic.

#### **1. Les employés des organismes internationaux, des organisations non gouvernementales et de certaines entreprises privées**

**Article 144 : En cas de maladie d'un travailleur, d'un conjoint ou d'un enfant logé avec lui dans les conditions prévues à l'article 155 du présent Code, l'employeur est tenu de leur fournir gratuitement les soins et médicaments dans la limite des moyens définis à la présente section.**

En vertu de cette disposition du Code du Travail nigérien, les employés disposent d'un point de vue légal d'une protection en cas de maladie. Pour s'acquitter de cette obligation les employeurs préfèrent confier ce poste budgétaire des spécialistes que sont les Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

assureurs maladie qui pour leur part se basent sur les lois de la statistique pour gérer la mutualité.

En principe en assurance maladie, le niveau de couverture des assurés se négocie contrat par contrat. C'est en fait une question de prix. Mais dans le souci de moraliser les assurés le niveau de couverture est rarement de 100%. La technique la plus utilisée et la plus efficace pour moraliser le risque reste la franchise. C'est la part de frais restant à la charge de l'assuré en cas de dépense de santé. Par conséquent, le niveau de couverture proposé par les assureurs maladie est généralement de 80%.

En guise d'exemple, les polices d'assurances maladie commercialisées par l'UGAN-IARD couvrent :

- les frais exposés au Niger et en Afrique francophone à hauteur de 80%, dans la limite des plafonds garantis ;
- les frais engagés en France seront couverts à 100% dans la limite des tarifs de la sécurité sociale Française ;
- l'évacuation sanitaire est couverte à 100%.

Si le droit des travailleurs du secteur privé à une couverture santé est depuis longtemps un acquis légalement consacré par le Code du Travail, il peine à être effectif. Pour certaines raisons, peu d'entreprises assurent leurs employés contre le risque maladie. D'abord, il est important de noter que les "entreprises privées"<sup>10</sup> évoluent en grande majorité dans l'informel où, les avancées du droit du travail ne s'imposent que très timidement. Ensuite, parce que l'assurance maladie à un coût que les entreprises privées ne sont pas encore prêtes à supporter. Pour beaucoup de chefs d'entreprises l'assurance maladie privée ne prend pas assez en compte leurs réalités et s'adresse plutôt aux grandes entreprises multinationales. De ce fait, seuls les employés des représentations d'organisations internationales et d'ONG étrangères sont adéquatement assurés contre le risque maladie.

Le secteur privé n'est pas le seul à bénéficier de dispositions en faveur de la couverture santé de ses travailleurs, les fonctionnaires de l'État ne sont pas en reste.

---

<sup>10</sup> Au sens de petits commerces comme on a coutume de les appeler.

## 2. Les fonctionnaires de l'État

Jusqu'en 1962, les fonctionnaires<sup>11</sup> de l'État nigérien bénéficiaient de la prise en charge à 100% des frais de santé. Seulement, cette gratuité a été de courte durée. En effet, l'augmentation du nombre de fonctionnaires mais surtout la dégradation des comptes de l'État ont vite montré les limites de l'État providence.

Par décret 62-127 un système de prise en charge des frais d'hospitalisation des fonctionnaires est fixé à hauteur de 80%<sup>12</sup>. Ce décret fut par la suite modifié en 1996 par le décret 96-456 réglementant les prestations fournies par les hôpitaux stipulant la prise en charge des frais d'hospitalisation pour les fonctionnaires à 80% par le budget national.

En réalité cette prise en charge à 80% est à nuancer. Dans certains cas, les soins, les examens et les médicaments restent intégralement à la charge des malades et ils ne sont donc couverts que pour les frais d'hospitalisation.

## 3. Les travailleurs du secteur privé affiliés à la CNSS

Il faut rappeler que la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ne pratique pas la branche maladie. Cependant, elle dispose d'un fonds d'action sanitaire et sociale au niveau de toutes les régions où des centres médico-sociaux pratiquent des tarifs différentiels selon que le malade appartienne à un ménage affilié à la caisse ou non.

## 4. Les travailleurs du secteur parapublic :

Certaines entreprises disposent en leur sein d'une forme d'assurance maladie. En effet, ces entreprises ont leurs propres structures de santé. Ces structures sont chargées de fournir des prestations médicales au personnel de ces entreprises ainsi qu'aux membres de leurs familles sans qu'ils n'aient besoin de déboursier de l'argent.

Pour certaines entreprises telles que la SONICHAR<sup>13</sup>, les employés ainsi que les membres de leurs familles sont gratuitement soignés au niveau du centre de santé de l'entreprise et bénéficient en cas de besoin d'une évacuation sanitaire vers des structures sanitaires disposant d'un plateau technique plus étoffé. Les soins de base sont étendus à

<sup>11</sup> Fonctionnaires de l'administration civile, militaires et forces de défense et de sécurité.

<sup>12</sup> Ministère de la santé publique, le point sur la couverture du risque santé au Niger.

<sup>13</sup> Société Nigérienne du Charbon d'Anou-Arène, qui est une société minière qui exploite du charbon au Nord du Niger.

l'ensemble des populations environnantes sans considération de leur statut d'employé ou non.

D'autres entreprises, quant à elles, préfèrent opter pour le système de mutuelle de santé afin de s'acquitter de leur obligation légale de garantir les charges de santé de leur personnel. C'est le cas de la Société Nigérienne d'Électricité (NIGELEC) où le personnel est pris en charge à 80%. C'est aussi le cas de la Société du patrimoine des eaux du Niger avec un taux de couverture à 100% des frais de santé.

Cependant, la majorité de la population que constituent les travailleurs du secteur non formel et les populations rurales ne dispose d'aucune forme de couverture santé.

## **B. Les travailleurs du secteur informel et les populations du monde rural**

La couverture du risque santé au Niger a ses laissés pour compte qui pourtant constituent la majorité de la population. En effet, la couverture maladie structurée ne bénéficie qu'à une minorité de la population. La majorité devant supporter elle-même les frais engendrés par la dégradation de leur état de santé. Ces populations en marge de toute couverture maladie ont en commun un niveau extrême de pauvreté.

Très souvent, pour cette catégorie de la population la fréquentation d'une structure de santé est le dernier recours d'un malade. C'est dire à quel point l'accès aux soins de santé est problématique. Ils préfèrent s'adresser en premier au tradi-praticien du village qui est dans la plupart des cas impuissant face aux affections de santé les plus courantes telles que le paludisme. Une Couverture Universelle Santé actuellement en phase d'élaboration s'attèlera en premier lieu à offrir une protection sanitaire à ces travailleurs du secteur informel et surtout aux populations du monde rural.

Pour apprécier la couverture santé au Niger, nous avons choisi de la mettre à l'épreuve de la méthode dite SWOT qui est un sigle anglais : Strengths (forces), weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces).

### **Section 2 : Appréciation de la couverture santé du Niger**

Comme toute organisation, la couverture santé au Niger a ses forces et ses faibles.

#### **Paragraphe 1 : Forces et faiblesses du système de santé du Niger**

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

## A. Les forces

- la décentralisation et la déconcentration du système de santé ;
- la décentralisation de l'offre de soins par la mise en place d'une pyramide sanitaire permettant aux populations les plus éloignées d'avoir accès aux services de santé ;
- l'organisation des consultations foraines et mobiles intégrées ;
- l'introduction de la gratuité de soins en 2006 pour les enfants de 0 à 5 et pour les femmes en ceintes ;
- la réduction des mortalités maternelle et infanto juvénile suite à la gratuité des soins pour cette catégorie ;
- l'existence du système de contrôle de qualité des produits pharmaceutiques ;
- l'existence d'une centrale d'achat publique chargée de l'approvisionnement et la distribution des produits pharmaceutiques ;
- recrutement de personnels de santé en masse ces deux dernières années. A titre d'illustration le tableau ci-après donne l'évolution sur trois ans du personnel de santé publique :

**TABLEAU 3 : Évolution du personnel de la santé publique (2010 à 2012).**

<b>Personnel</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Médecins	349	705	952
Pharmaciens	11	31	53
Ingénieurs de santé	3	...	12
Infirmiers diplômés d'État	1338	...	1933
Sages-femmes diplômées	745	927	1004
Assistants de santé	...	...	169
Infirmiers certifiés	1113	...	1417
Dentistes et/ou Chirurgiens dentistes	7	43	29
Laborantins	236	...	302
Aides assistants sociales et assistantes sociales	136	...	211
Agents d'hygiène de d'assainissement	29	...	40

**Source :** Institut national de la statistique, le Niger en chiffres 2013.

## **B. Les faiblesses**

- l'insuffisance de la couverture sanitaire qui est de moins de 50%;
- l'insuffisance des ressources humaines et des équipements avec un déséquilibre entre les zones urbaines (plus nanties) et les zones rurales ;
- l'insuffisance des spécialistes dans certains domaines (cardiologie, néphrologie, cancérologie ; hématologie, pédiatrie, gynéco obstétrique, rhumatologie) ;
- une faible disponibilité de ressources financières locales par rapport aux besoins de production de soins de qualité ;
- l'inexistence de nomenclature tarifaire fiable des actes médicaux ;
- l'absentéisme des médecins dans le public au profit du privé ;
- Etc.

## **Paragraphe 2 : Les menaces et opportunités du système de santé du Niger**

### **A. Les menaces**

- la contractualisation du personnel de la santé publique qui est source de précarité et de démotivation ;
- l'environnement insalubre et très faible niveau d'accès des communautés aux conditions élémentaires d'hygiène et assainissement (eau potable, latrines) ; ce qui a pour conséquence d'aggraver les risques de maladies ;
- dans le domaine de la santé privée, on assiste à une sur-médication voire même à des surfacturations des prestations dès que le patient dispose d'une assurance maladie privée ;
- le risque d'épidémie d'Ébola, en recrudescence en Afrique de l'ouest avec des structures sanitaires dérisoires et un personnel peu au fait des protocoles de prise en charge de cette maladie. A terme, il pourrait en résulter une désorganisation profonde et durable du système de santé, toute chose qui constitue un frein à la mise en place rapide d'une couverture universelle santé.
- etc.

### **B. Les opportunités**

- la mise en œuvre des réformes sur la case de santé, et le financement basé sur la performance ;

- la mise en œuvre de la politique des mutuelles de santé et du fonds social ;
- l'engagement politique au niveau international pour faire de la santé l'un des objectifs du millénaire pour le développement après 2015 ;
- Etc.

C'est dans ce contexte que le Niger s'organise pour mettre en place une couverture Universelle en Santé (CUS).

## Chapitre 2 : Gestation d'une couverture universelle santé au Niger

La couverture universelle santé est un concept qui n'est pas aussi récent qu'on pourrait bien le penser. Mais il est vrai que c'est un concept qui connaît depuis peu un engouement international.

### Section 1 : Définition du concept et modèles de Couverture Universelle Santé

Si le Niger se décide un jour à aller vers une couverture universelle santé, il aura l'embaras du choix tant les modèles font légion. Avant de voir les différentes déclinaisons de la couverture universelle santé, nous commencerons par définir ce qu'est la couverture universelle santé ?

#### Paragraphe 1 : Définition du concept de couverture universelle santé

Couverture universelle santé, couverture maladie universelle, assurance nationale santé, assurance universelle santé, assurance maladie universelle, assurance maladie obligatoire ..., sont autant de termes pour désigner « l'accès de toutes les couches de la population à des soins de santé quel que soit leur catégorie socio-économique, le milieu de résidence et l'activité économique. »<sup>14</sup> Au Niger, c'est l'appellation " Couverture Universelle Santé" (CUS/N) qui a été retenue.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller 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 à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. »<sup>15</sup>

Toujours selon l'OMS, la couverture (sanitaire) universelle, doit viser les 3 objectifs suivants :

<sup>14</sup> Atelier de définition d'une architecture de couverture universelle santé au Niger, atelier de Sadoré (23 – 25 octobre 2013)

<sup>15</sup> OMS, Financement de la santé et couverture universelle, [en ligne].

[http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/). [Page consultée le 14/08/2014].

- ***l'accès équitable aux services de santé*** : égalité dans l'accès aux services de santé doit être un droit pour chacun sans distinction de condition financière ou sociale ;
- ***la qualité*** : les services de santé doivent offrir des prestations de nature à satisfaire les attentes des bénéficiaires de ces services ;
- ***la protection financière*** : le coût des prestations offertes par les services de santé ne doit pas exposer les usagers à des difficultés financières, encore moins accentuer leur niveau de précarité.

Quand bien même les différentes appellations de la couverture universelle en santé visent le même objectif à savoir offrir des soins de qualité au plus grand nombre à un moindre coût, la manière pour y parvenir est rarement la même d'un pays à un autre. Chaque système de couverture universelle santé est fille des réalités socio-économiques du pays considéré.

Nonobstant cette remarque, un certain nombre de modèles d'assurance universelle santé semblent se dégager.

## **Paragraphe 2 : Quelques modèles de couverture universelle santé**

Au cours de cette décennie, plusieurs pays en voie de développement se sont évertués à mettre en place une couverture universelle santé en faveur de leurs populations. Cette initiative a été couronnée avec plus ou moins de succès (Rwanda particulièrement)<sup>16</sup>. D'autres hésitent encore à se lancer véritablement (cas de la Côte-d'Ivoire)<sup>17</sup>. Il n'en demeure pas moins qu'il existe un réel engouement pour la couverture universelle santé en Afrique (Gabon, Sénégal, Mali, Burkina-Faso, Niger...).

Pour comprendre ce qu'est dans les faits la couverture universelle santé, nous proposons de passer en revue un certain nombre de modèles en la matière qui, pour les uns sont l'illustration de l'échec, en tout cas de la difficulté d'opérationnaliser un tel système et, pour les autres des exemples à suivre.

<sup>16</sup> Le Rwanda rare pays situé au sud du Sahara cité en exemple pour la réussite de son système de couverture universelle santé.

<sup>17</sup> Lancement de la couverture maladie universelle reporté en 2015.

Nous évoquerons l'assurance maladie universelle en Grande-Bretagne, avant de voir le système français de couverture universelle santé, pour conclure sur l'expérience de deux pays africains souvent cités comme exemplaires dans le domaine.

### **A. Le système britannique**

En Grande-Bretagne, le système de santé est gratuit ou quasiment gratuit. Il date des lendemains de la seconde guerre mondiale. C'est, l'État *Welfare State* (l'État providence) qui prend en charge tout le système de santé à travers la National Health Service NHS qui est l'organisme national d'assurance sociale en Grande-Bretagne.

Le système de la gratuité est organisé au tour des médecins généralistes. La procédure d'accès universel à la gratuité est sans justificatif préalable. Pour bénéficier de la gratuité des soins, il suffit de s'inscrire sur la liste d'un médecin généraliste qui à son tour est lié à l'État par un contrat. Le médecin sera forfaitairement rémunéré par l'État selon le nombre de patients inscrits sur sa liste. De plus, une rémunération à l'acte lui sera reversée en fonction des prestations spécifiques notamment pour les vaccinations, le dépistage de cancer ou les consultations de nuit.

Cependant le système de santé anglais est à double vitesse. Parallèlement, les médecins peuvent pratiquer la médecine libérale. En effet, la gratuité ne couvre que les soins de base ou prioritaires. C'est pourquoi, ce sont développées des assurances privées qui commercialisent des garanties complémentaires santé. Il est cependant regrettable de constater que le côté libéral du corps médical l'emporte de plus en plus sur la fonction de la gratuité. Ce qui aboutit à une lente agonie du système de la gratuité de la santé. Le financement de la gratuité est assuré par un régime fiscal rigoureux.

### **B. La couverture universelle santé en France**

Introduite en France par la loi du 27 juillet 1999 la Couverture Maladie Universelle (CMU) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> Janvier 2000.

Cette couverture donne droit à des soins de santé, au remboursement de frais de soins, ainsi qu'à des prestations et médicaments.

Le système français de couverture maladie universelle est à deux niveaux. C'est ainsi que l'on retrouve :

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

- Au premier niveau, la ***Couverture Maladie Universelle de base*** qui, permet l'accès à une assurance maladie à toute personne de nationalité française ou étrangère. Pour ces derniers, ils doivent résider en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière. De plus, pour bénéficier de la gratuité l'assuré doit justifier d'un revenu inférieur à un plafond déterminé. Dans le cas contraire, celui-ci doit s'acquitter d'une cotisation de 8 % de ses revenus fiscaux. Les personnes résidants en France de manière irrégulière communément appelées sans papiers peuvent cependant bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) ;
- Au deuxième niveau, ***la Couverture Maladie Universelle Complémentaire*** (CMU-C). Il s'agit d'une complémentaire santé gratuite prenant en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, avec dispense d'avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. Ne peuvent prétendre à la couverture universelle complémentaire que les personnes à faible revenu.

### **C. La couverture Universelle Santé au Gabon**

Le régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale a été mise en place au Gabon par ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 créant la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale du Gabon (CNAMGS).

La création de la CNAMGS s'inscrit dans le cadre de la réforme du système de santé gabonais. Elle prend en charge plus de 80% des frais de santé de ses bénéficiaires, et jusqu'à 100% pour les femmes enceintes. Il s'agit d'une caisse unique d'assurance maladie et de garantie sociale qui est née du transfert de la branche maladie et évacuations sanitaires de la CNSS du Gabon, des prestations de santé offertes aux fonctionnaires et de certaines anciennes attributions de la Caisse Nationale de Garantie Sociale.

La mise en place de l'assurance maladie obligatoire a connu essentiellement trois étapes :

***1<sup>ère</sup> étape : l'adhésion des plus démunies et des étudiants en 2008*** : il s'agit selon les termes de la loi des "gabonais économiquement faibles (GEF)". Sous la même rubrique ont été intégrés les dépendants. De même les enfants à charge de l'assuré sont considérés comme dépendants jusqu'à l'âge de 16 ans révolus. Cet

âge peut être porté à 21 ans pour les enfants scolarisés ou en formation, ou bien infirmement.

*2<sup>ème</sup> étape : l'adhésion des travailleurs du secteur public en Octobre 2011 :* auparavant, les agents de l'État étaient affiliés à la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) ;

*3<sup>ème</sup> étape : adhésion des travailleurs du secteur privé (en cours : 2014) :* il s'agit d'opérer un transfert de la CNSS vers la CNAMGS.

L'organisation financière de la CNAMGS est composée de trois(3) Fonds :

- un Fonds d'assurance maladie des agents publics de l'État ;
- un Fonds d'assurance maladie des salariés du secteur privé, parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales ;
- et un Fonds de garantie sociale des Gabonais Économiquement Faibles (GEF), des élèves et des réfugiés.

#### **D. L'Assurance Nationale de Santé au Ghana**

Votée en 2003, la Loi sur l'Assurance Nationale de Santé, en anglais "*National Health Insurance*" est structurée en trois régimes d'assurance santé. Tout citoyen doit obligatoirement être inscrit à l'un des trois régimes suivants :

- **L'assurance maladie couvrant le district** (District mutual health insurance schemes) : régime public et non marchand, l'assurance maladie couvrant le district procure une couverture à la population rurale mais également aux indigents ainsi qu'aux personnes sans emploi ;
- **les mutuelles de santé non gouvernementale** (Private mutual health insurance schemes) : ce sont des groupes de personnes, composés essentiellement de membres de congrégations religieuses, de groupe social ou d'une communauté, adhérant et cotisant au nom de leur groupe. Ces mutuelles ne reçoivent pas de fonds de la part du Fonds national de santé.
- **L'assurance de santé privée commerciale** (Private commercial health insurance schemes) : En effet, la particularité du système ghanéen est que l'assurance santé privée commerciale est considérée comme faisant partie intégrante de la couverture nationale de santé. Ce régime fonctionne comme toute autre compagnie d'assurance pratiquant la branche maladie. C'est-à-dire

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

que le montant de la prime varie en fonction de l'âge et des antécédents médicaux de l'assuré. Ce régime ne bénéficie pas non plus des subventions de l'État.

Le niveau de couverture sanitaire est très élevé puisque que près de 95% des soins de santé prodigués sont couverts par le plan d'assurance nationale en santé.

Le financement du système d'assurance nationale santé du Ghana est un système hybride faisant feu de tout bois. Les ressources proviennent principalement des sources suivantes :

- la TVA à hauteur de 2,5 % sur les marchandises et les services ;
- l'impôt à hauteur de 2,5 % sur le revenu des employés du secteur formel ;
- une prime annuelle sur la tête des adultes affiliés en âge de travailler. Il s'agit exclusivement des travailleurs du secteur informel ;
- le budget de l'État affecté au fonds pour l'assurance nationale santé ;
- les subventions des organismes internationaux et les donations.

Toutefois, sont exemptés des cotisations annuelles : les indigents, les plus de 70 ans et les moins de 18 ans. Ce panorama nous permet de situer la couverture universelle santé du Niger dans l'élan international vers la gratuité de la santé.

## **Section 2 : Organisation et processus de mise en place de la couverture universelle santé au Niger**

La couverture universelle santé du Niger n'est qu'au stade de réflexion. De cette réflexion, est ressortie la probable structuration de la future CUS/N.

### **Paragraphe 1 : Les organes de la mise en place de la couverture universelle santé**

#### **A. Le comité technique de réflexion sur la couverture universelle santé au Niger**

L'arrêté N°183 MSP/SG/DEP/DF du 26 Avril 2013 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un comité technique chargé de réfléchir sur la Couverture Universelle en Santé au Niger constitue la base juridique du comité. Ce comité est sous la

coupe du Ministère de la Santé Publique en appuie au comité de pilotage du Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2011-2015.

### **1. Les missions du comité technique**

Les missions du comité de réflexion sur la CUS/N sont fixées par l'article 2 de l'arrêté susmentionné.

C'est ainsi que le comité se voit attribué comme missions :

- définir un modèle de CUS/N ainsi que son mécanisme de fonctionnement au niveau central et régional (ancrage, structure de gestion, outil de gestion) ;
- l'élaboration des textes législatifs et réglementaires dans la mise en œuvre de la CUS/N ;
- présenter les résultats de ses travaux au comité de pilotage du Plan de Développement Sanitaire ;
- proposer un processus de validation des différents documents issus des travaux et suivre la mise en œuvre de ce processus ;
- organiser des ateliers de validation des documents de la CUS/N.

### **2. La composition du comité technique**

C'est l'article 3 de l'arrêté du 26 Avril 2013 qui donne la composition du comité national de réflexion sur la CUS/N. Le comité est placé sous la présidence de l'Inspecteur Général des Services du Ministère de la Santé Publique. Il est secondé par trois (3) vice-présidents et trois (3) rapporteurs. Ce comité de réflexion ne compte pas moins d'une vingtaine de membres venant d'horizons qui ne sont pas tous en rapport avec le domaine de la santé<sup>18</sup>. A noter que le comité compte en son sein un représentant du comité des assureurs du Niger en tant que membre.

De plus, l'article 4 de l'arrêté prévoit la possibilité pour le comité de faire appel à toute personne dont la compétence est jugée nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Autant dire que le comité s'annonce pléthorique en nombre. Aussi, il est à craindre que cela n'entrave son efficacité et ne retarde la mise en place effective de la CUS/N.

### **3. Le fonctionnement du comité technique**

---

<sup>18</sup> Comme membre du comité de réflexion de la CUS/N on peut y lire : un représentant du Ministère des Mines, un représentant de la chambre de commerce et d'artisanat, un représentant du Ministère du commerce...

Le comité se réunit sur convocation de son président ou à la demande des parties prenantes. Au plan financier, les frais de fonctionnement du comité technique sont à la charge du budget national.

Le comité est tenu de faire un compte rendu périodique sur l'avancement de ses travaux au Ministère de la Santé pour avis et suivi. Aussi, le comité a douze (12) mois pour déposer son rapport final au comité de pilotage du PDS 2011-2015. A ce jour, le comité n'a pas encore remis son rapport final.

Membre du comité de réflexion sur la CUS/N, les assureurs de part leur expérience de la couverture du risque santé peuvent beaucoup apporter dans la mise en place de cette structure.

## **B. Le rôle des assureurs dans la mise en place de la CUS/N**

"Il est hors de question que les assureurs jouent le rôle de la sécurité sociale, et il nous est impossible d'offrir à des populations aux faibles revenus des garanties en termes d'hospitalisation et de chirurgie" disait Pathé Dione PDG du groupe SUNU dans une interview accordée au Magazine Jeune Afrique<sup>19</sup>. Les assureurs n'ont aucun intérêt à se jeter dans la Couverture Universelle Santé car l'assureur n'a pas vocation à faire du social.

Cette position sur le rôle social de l'assureur doit être nuancée. L'assurance est éminemment sociale dans le sens où elle en tire une partie de sa légitimité. L'assurance c'est :

- remettre la victime dans l'état où elle se trouvait avant la survenance du dommage (assurance responsabilité civile) ;
- aider entreprises et particuliers à faire face au coup du sort<sup>20</sup> (assurance des biens) ;
- parer aux aléas consécutifs à la perte d'un être cher<sup>21</sup> (assurance vie).

L'assurance est un levier économique mais également un acteur de la société qui en cette qualité doit contribuer à la rendre davantage meilleure.

### **1. La responsabilité sociale des assureurs**

<sup>19</sup> Jeune Afrique, Couverture maladie en Afrique : les assureurs privés ont leur rôle à jouer. [En ligne]. <http://www.jeuneafrique.com>. [Page consultée le 18/08/2014].

<sup>20</sup> Dont la maladie qui est aussi soumise dans une certaine mesure à l'aléa.

<sup>21</sup> Dans tous les sens du terme.

Selon Alain Obadia expert français en assurance : « l'assurance est perçue de manière forte comme une entreprise différente des autres, chargée d'une responsabilité sociale, presque d'un rôle de service public.»<sup>22</sup> La Responsabilité sociale des entreprises ou responsabilité sociétale peut être définie comme un concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales et environnementales dans leurs activités et dans leur interaction avec leurs parties prenantes. La notion de responsabilité sociale renvoie à la nécessité d'une définition de ce que l'on n'entend par responsabilité.

Selon Allison MARCHILDON<sup>23</sup> la responsabilité peut être susceptible de deux acceptions. D'une part la responsabilité objective, qui serait une obligation imposée soit par une personne soit par une autorité ou soit par des normes ou des règles imposées. D'autre part, la responsabilité subjective, responsabilité volontaire qui consiste à vouloir respecter ce qui est bon pour soi et/ou pour autrui.

Au Niger, aucune disposition légale ne contraint une entreprise exerçant sur son territoire à satisfaire à des obligations sociales autres que celles qu'elle a envers ses employés ou celles qu'elle s'est librement donnée à travers ses statuts. Autrement dit, si les entreprises d'assurance doivent se soumettre à une responsabilité sociale elle ne peut qu'être subjective et donc volontaire. Il s'agit de contribuer au mieux à rendre plus viable l'environnement social dans lequel baigne l'assureur. Contribuer à une CUS/N pérenne au titre de leur responsabilité sociale ne serait pas une première pour les compagnies d'assurance au Niger. C'est dans ce sens que l'UGAN (UGAN-IARD et l'UGAN-VIE) une compagnie d'assurances du groupe SUNU exerçant au Niger a, à la suite des inondations de 2012 apporté son aide aux populations sinistrées pour une somme de soixante-quinze millions de francs (75 000 000) de F CFA. Toujours sur le volet de son action sociale, l'UGAN a mené un certain nombre d'actions citoyennes telles que le don de panneaux de circulation à la ville de Niamey ; l'organisation en 2011 d'ateliers de formation sur la sécurité routière à l'endroit des conducteurs de bus dit en langue vernaculaire "FABA-FABA".

---

<sup>22</sup>Cité par, Hélène CLEMENT SALAVERA, La sélection des risques de santé en Prévoyance individuelle : Comment concilier le point de vue des assureurs et des consommateurs ? Des innovations sont-elles possibles ? Thèse professionnelle en assurance, ENASS de Paris, pp. 37, 2013.

<sup>23</sup>MARCHILDON, Allison. La responsabilité sociale des entreprises. *Responsabilité Sociale D'Entreprise et Finance Responsable : Quels Enjeux?*, 2004, p. 25.

Plus en rapport avec le domaine de la santé, en octobre 2012, l'UGAN a lancé sur requête du Ministère de la Santé une campagne de la cataracte au cours de laquelle deux cent (200) personnes atteintes de la cécité par cataracte à l'Hôpital de District de Téra dans la région de Tillabéry ont été gratuitement opérées en plus de leur suivi postopératoire.

Fruit de longues années d'expériences, la gestion du risque maladie par les assureurs maladie peut être transmise au comité technique de mise en place de la CUS/N pour inscrire cette dernière dans la durée.

## **2. Le rôle du comité des assureurs du Niger**

On ne saurait affirmer que la réflexion sur la CUS se fasse en dehors des assureurs maladie privée vu qu'ils sont représentés au sein du comité de réflexion. Cependant, cette représentation n'est pas le gage de la prise en compte des préoccupations des assureurs sur le devenir de l'assurance maladie privée. En atteste le flou sur la place de l'assurance maladie privée dans la CUS. Mais, puisque chacun est le meilleur juge de ses intérêts, il revient aux assureurs maladie privée à travers le comité des assureurs de se pencher sur le devenir de leur activité. Cela, afin d'aider à parfaire la CUS/N mais aussi et surtout pour scruter des nouveaux horizons pour l'assurance maladie privée.

Le comité des assureurs du Niger (CAN) est une association qui réunit l'ensemble des compagnies exerçant des opérations d'assurances au Niger. Aux termes de l'article 2 de ses statuts<sup>24</sup>, le comité a pour principales attributions :

- d'établir et maintenir entre sociétés membres des relations de bonne confraternité, des traditions d'honneur, de loyauté et d'éthique professionnelle ;
- de représenter les sociétés adhérentes auprès des pouvoirs publics et des autres partenaires nationaux dans toutes les circonstances où une action commune serait nécessaire ;
- de réunir toutes les informations utiles à l'ensemble des sociétés adhérentes ;
- de faire toutes propositions pour la mise au point de la révision des tarifications ;
- de faciliter la discussion et la solution de toutes questions ou contestations qui pourraient surgir entre les sociétés membres et chercher un arbitrage amiable.

---

<sup>24</sup> Statuts du Comité des assureurs du Niger du 19 Septembre 1995.

Pour se faire, le comité est structuré autour d'une Assemblée Générale, d'un Bureau, d'un Secrétariat Exécutif et de Commissions Techniques. C'est au titre de ses dernières que doit être instituée une commission sur la CUS afin de partager l'expertise des assureurs maladie privée en matière de couverture du risque maladie.

### **3. L'expertise des assureurs maladie privée dans la couverture de risque maladie**

Si les assureurs ne peuvent directement participer à la couverture universelle santé au Niger, rien ne s'oppose à ce qu'ils partagent leur savoir-faire en matière de gestion et de maîtrise des coûts du risque maladie.

#### **a. La gestion du risque maladie**

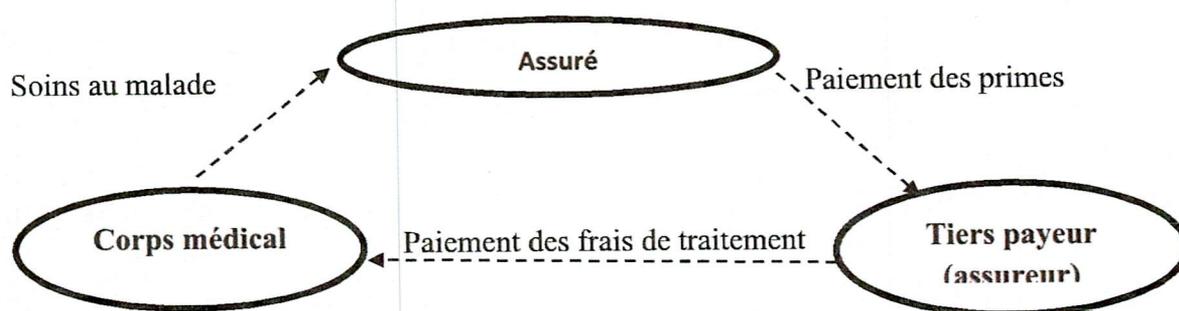
L'assurance maladie fait partie de la catégorie d'assurances gérée en répartition. Les primes versées par tous les assurés en début d'année vont servir à financer les conséquences pécuniaires résultants d'altération de la santé, jusqu'à la prochaine période d'encaissement des primes. En matière de gestion du risque maladie, les assureurs maladie privés, disposent d'une réelle expertise acquise au fil du temps.

La gestion du risque maladie commence avant même la conclusion du contrat. Pour mesurer l'étendue de ses engagements, l'assureur doit d'abord s'assurer de la composition de la mutualité qu'il propose de gérer. En cela, il recueille certaines informations telles que l'âge moyen de la mutualité, les antécédents médicaux des futurs assurés collectés grâce à un questionnaire médical. Ensuite, ces informations lui serviront à la tarification du groupe. "Pas d'aléa pas d'assurance", cette formule, autorise l'assureur maladie à mettre en place certaines restrictions à l'égard des assurés. Ce qui lui permet de respecter rigoureusement les lois de la statistique, socle de sa science. C'est ainsi que l'on parle de délai d'attente et de délai de carence :

- **délai d'attente** : Période au cours de laquelle l'assureur ne prend pas en charge les affections diagnostiquées ou constatées pendant toute sa durée, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés à la souscription ;
- **délai de carence** : c'est la période d'exclusion des soins de santé relatifs aux affections déterminées au contrat et modulés selon la nature de l'affection, afin d'éviter la prise en charge des risques réalisés à la souscription. Seront

cependant pris en charge les soins exposés après l'expiration du délai de carence, mais relatifs à une affection diagnostiquée au cours de celui-ci.

Au-delà de ces techniques de gestion du risque maladie, les assureurs peuvent également mettre en avant une autre de leurs techniques de gestion du risque maladie qu'est le système de tiers payant dont la future CUS/N aura beaucoup à s'en inspirer. Le système consiste à permettre à l'assuré de se faire soigner sans avancer une quelconque somme auprès d'un prestataire de santé agréé. Ce dernier après avoir effectué sa prestation s'adresse à un tiers à l'opération qui se chargera de rembourser les frais facturés. C'est ce qui est schématisé ci-dessous :



**FIGURE 3** : Schématisation du système de tiers payant.

### **b. La maîtrise des coûts**

Pour une question d'équité, il est normal à ce que la prime de la mutualité des assurés soit au plus près de leurs consommations en soins et service de santé. Pour arriver à cet équilibre, les assureurs utilisent ce qu'ils appellent la clause d'ajustement de la prime. C'est ainsi qu'en fonction des statistiques du contrat, la prime est ajustée à chaque échéance selon le tableau qui suit :

**TABLEAU 4 : Tableau d'ajustement de la prime d'assurance maladie.**

<b>Rapport sinistre à Prime (S/P)</b>	<b>Pourcentage d'ajustement</b>
0 à 50%	- 10%
51 à 60%	-5%
61 à 70%	<i>Sans changement</i>
71 à 80%	+15%
81 à 90%	+25%
91 à 100%	+34%
100 à 110%	+45%
111 à 130%	+65%
Plus de 130%	<i>Supérieur ou égal à 80% et révision du contrat</i>

\*S : la somme de l'ensemble des frais payés et dus au titre de la police pendant la période d'assurance.

\*P : la prime hors taxe payée au cours de la période.

La réflexion sur la CUS/N est bien avancée grâce à un certain nombre de choix stratégiques.

## **Paragraphe 2 : Processus et choix stratégiques pour la mise en œuvre de la Couverture Universelle Santé au Niger**

### **A. Rappel du Contexte de la CUS/N**

#### **1. Au plan international**

- **rapport mondial de l'OMS de 2010** : dans son rapport l'OMS met l'accent sur le financement des systèmes de santé comme le chemin vers une couverture universelle ;
- **65<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) de l'OMS** : proclame la CUS comme un pilier social du développement durable ;
- **la résolution A/67/L36 du 6/12/12 de l'Assemblée Générale des Nations Unies** : par cette résolution l'Assemblée Générale des Nations Unies demandait aux gouvernements, aux organisations de la société civile et aux organismes internationaux de favoriser l'inclusion de la CUS comme un important élément

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

dans l'agenda international du développement et de la mise en œuvre des objectifs de développement après 2015 ;

- **rapport mondial de l'OMS de 2013** : l'effectivité de la couverture universelle en santé marque le pas dans la majorité des pays qui s'y sont engagés. Devant ce constat l'organisation mondiale a érigé la recherche en santé comme cruciale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle ;

## 2. Au plan africain

- **Union Africaine (UA) : Forum sur la Couverture Universelle santé en Afrique** organisé en partenariat avec l'OMS avec des Ministres africains de la Santé, tenu à Luanda (Angola) du 14 au 17 avril, dans le but de planifier des stratégies visant à renforcer la couverture sanitaire universelle.
- **règlement 07 communautaire sur les mutuelles sociales au sein de l'espace UEMOA adopté le 26 juin 2009** : visant à améliorer l'accès aux services sociaux de base aux populations rurales ;
- Étude de faisabilité de l'appui aux stratégies nationales de couverture du risque maladie dans les États membres de l'UEMOA.

## 3. Au plan National

- **gratuité des soins de santé pour les enfants de 0-5 ans et pour les femmes enceintes** : La gratuité introduite au Niger en 2006 couvre à 100% pour les soins aux enfants âgés de 0 à 5 ans, les césariennes, la planification familiale, les consultations prénatales et les cancers gynécologiques.



**Figure 4** : Schéma de fonctionnement de l'exemption du paiement des frais de santé<sup>25</sup>.

<sup>25</sup>OUSSEINI, Abdoulaye. Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants. Niamey : LASDEL, 2011. p 8.

- **Politique Nationale de Protection Sociale du Niger (PNPS 2011) :** politique visant à protéger les personnes vulnérables et susceptibles de tomber dans un état de vulnérabilité suite entre autres à des problèmes de santé.

## **B. Les choix stratégiques pour l'architecture de la CUS/N**

### **1. Les différentes options de l'architecture de la CUS/N**

La mise en place d'une couverture Universelle santé au Niger est à sa première phase. Il s'agit de l'instauration d'une Couverture du Risque Maladie conformément aux prescriptions de l'UEMOA en la matière.

Dans cette lancée, le comité technique de réflexion a présenté lors du forum national sur l'opérationnalisation de la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) du Niger<sup>26</sup> trois options en vue de l'adoption de l'architecture de la CUS/N à savoir :

- **option n°1 : Gestion technique et fonction de payeur centralisée par une seule entité (Agence de gestion de la CSU/N) (voir schéma en annexe) :** chaque adhérent cotise auprès de sa mutuelle. Mutuelle des fonctionnaires et des travailleurs du privé et parapublic pour le secteur formel et mutuelle communale pour le reste de la population. La principale caractéristique de cette option est le regroupement par type de mutuelle sous forme d'union ; au niveau national pour les mutuelles socioprofessionnelles<sup>27</sup> et régionale pour les mutuelles communales<sup>28</sup>. Chaque niveau d'union devra rendre compte à l'agence de gestion de la CUS/N. Dans cette vision, l'agence nationale de gestion de la CUS aura pour mission : la coordination de la mise en œuvre de la CSU, assurer le suivi des progrès, recueillir et gérer les contributions des différents régimes, payer et gérer les relations avec les prestataires de santé. Comme moyen de financement alternatif, il est prévu de mobiliser la solidarité au niveau national à travers la Zakat<sup>29</sup> pour la prise en charge des indigents ;
- **option n°2 : Séparation des fonctions de gestion technique et de payeur (voir schéma en annexe) :** la fonction de payeur est assurée par une

<sup>26</sup> Forum tenu du 11 au 14 novembre 2013

<sup>27</sup> Mutuelle des fonctionnaires et des travailleurs du privé et parapublic ainsi que des travailleurs temporaires et saisonniers.

<sup>28</sup> Monde rural, étudiants et travailleurs du secteur informel.

<sup>29</sup> Aumône annuelle d'inspiration musulmane.

Caisse Autonome de Paiement (CAP) et la fonction de coordination et supervision technique est assurée par l'Agence nationale de la CUS. La caisse autonome prend en charge la gestion des ressources financières. Le risque financier lié à d'éventuelles situations de défaillance ou défaut de paiement est transféré à un fonds de garantie dont le financement est assuré d'une part par l'État (au démarrage) et d'autre part, par de légers prélèvements sur les cotisations et contributions des adhérents ;

- **option n°3 : mise en commun du secteur public, parapublic et privé via la CNSS et informel et rural via une caisse régionale (voir schéma en annexe) :** comme dans l'option précédente le principe de séparation des fonctions de payeur et de gestion technique est de rigueur. Cependant, un nouveau acteur mais pas si nouveau que ça fait son entrée dans la CUS, il s'agit de la CNSS. Cette dernière aura pour rôle de centraliser les cotisations des employeurs et des travailleurs<sup>30</sup>. Au préalable, une branche maladie devra être créé au sein de la CNSS qui reverse les montants prélevés à la Caisse Autonome pour la prise en charge complète des travailleurs et de leur familles jusqu'à hauteur de la couverture du paquet de base et des dépenses définies pour la CSU. Les mutuelles socio professionnelle couvrent le surplus par rapport au paquet ou le ticket modérateur.

## **2. L'architecture de la CUS/N retenue à ce jour**

Réuni à Sadoré (Kollo) lors d'un atelier<sup>31</sup>, le comité technique de réflexion sur la CUS/N s'est penché sur l'architecture de cette dernière. C'est ainsi que la CUS/N instaure d'une part des mutuelles de santé communales mais également une mutuelles de santé des salariés le tout sous la coupe du Comité National de régulation de l'AMU.

Du fait que la population cible des mutuelles de santé communales est celle qui a le moins accès aux services sanitaires, la priorité sera de les développer en premier lieu avant de s'atteler à la mise en place des mutuelles des travailleurs du secteur formel.

### **a. La communalisation de la santé : les mutuelles de santé communales**

<sup>30</sup>État, privé et parapublic.

<sup>31</sup>Synthèse des travaux de l'atelier de Sai Dore (23-25 novembre 2013).

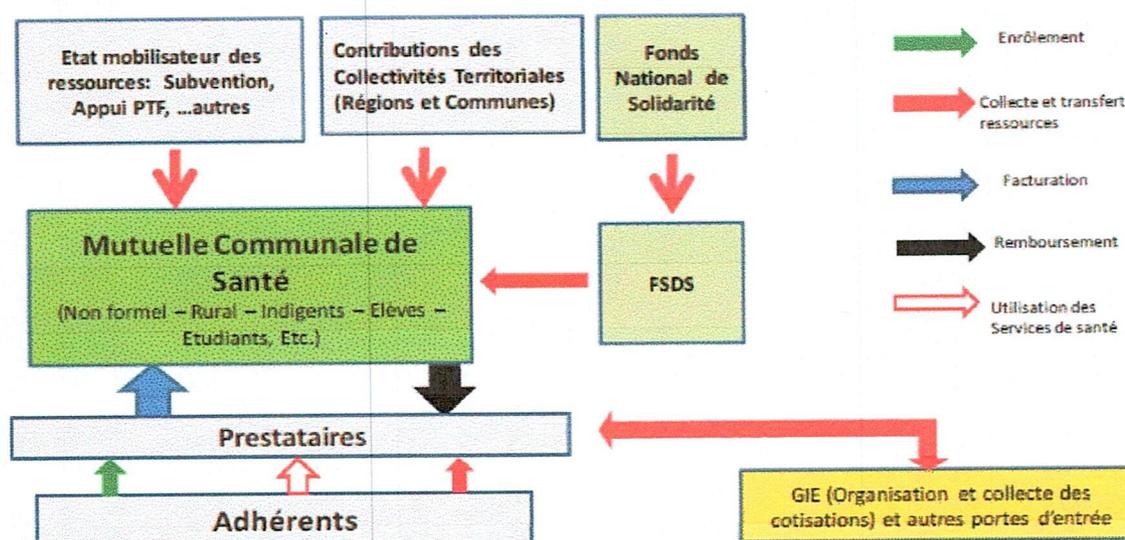
Ces mutuelles s'adressent aux populations rurales, aux travailleurs du secteur informel aux étudiants ainsi qu'aux indigents. L'adhésion devrait être libre, individuelle et volontaire. Cependant pour inciter une adhésion massive, la cotisation sera le plus accessible. La qualité d'adhérent s'acquiert par le simple paiement d'un droit d'adhésion.

Comme leur nom l'indique, ces mutuelles seront opérationnelles au niveau communal. C'est au fil du temps que ces mutuelles communales seront fédérées au niveau départemental puis régional et à terme au niveau national.

En termes de financement, les mutuelles s'appuieront sur :

- les cotisations des populations au niveau des collectivités locales ;
- les contributions des Collectivités Territoriales (régions et communes) ;
- les subventions de l'État et l'appui des Partenaires Techniques et financiers (PTF) ;
- et enfin le fonds de solidarité.

En ce qui concerne le fonctionnement des mutuelles communales, l'adhérent après s'être préalablement acquitté des droits d'adhésion et procédé au paiement de sa cotisation, s'adresse à un prestataire de santé agréé pour se faire prodiguer les soins nécessités par son état de santé. Ensuite, le prestataire envoie les pièces justificatives des soins prodigués à la mutuelle communale qui après vérification procède au remboursement des frais.



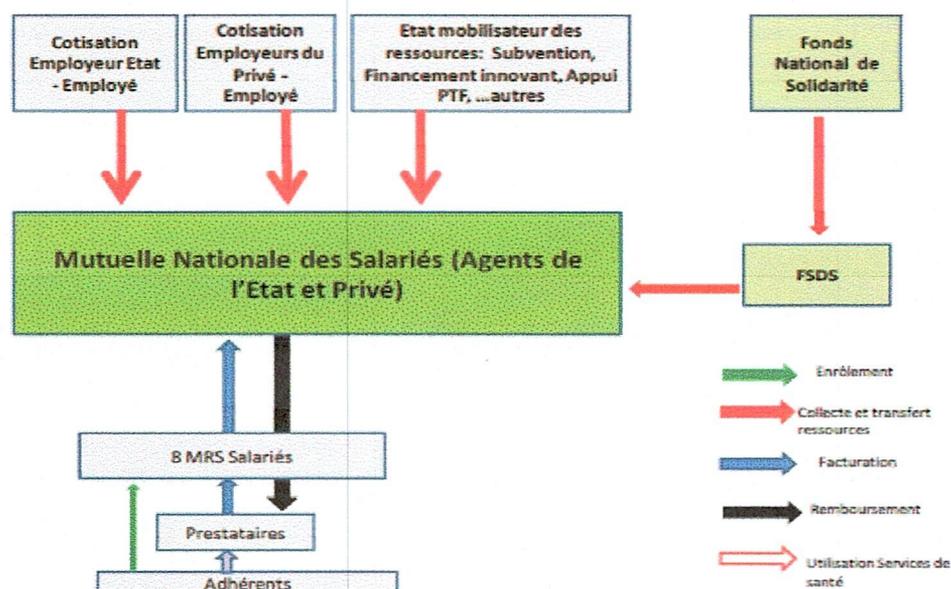
*SOURCE : Comité de réflexion sur la CUS/N.*

FIGURE 5 : Architecture mutuelle communale de santé<sup>32</sup>.

### b. La mutuelle de santé des salariés

Au sein de cette mutuelle "mère" se trouvent deux autres mutuelles qui à termes devraient fusionner en une seule. Il s'agit, d'une part de la mutuelle des agents de l'État et d'autre part de la mutuelle des salariés du privé. Concernant les agents de l'État, la cotisation sera prélevée à la source sur les traitements des fonctionnaires et autres agents de l'État. Pour sa part, l'État devra aussi supporter une partie des charges. Tous ces fonds seront enfin reversés dans le compte de la mutuelle nationale. Pour ce qui est des salariés du privé, à l'instar de ceux de l'État, le prélèvement sera également fait à la source pour chaque travailleur mais aussi l'employeur sera appelé à verser une quote-part.

Cela dit, le fonctionnement d'une mutuelle de santé de salarié ne diffère pas de celui d'une mutuelle communale.



SOURCE : Comité de réflexion sur la CUS/N.

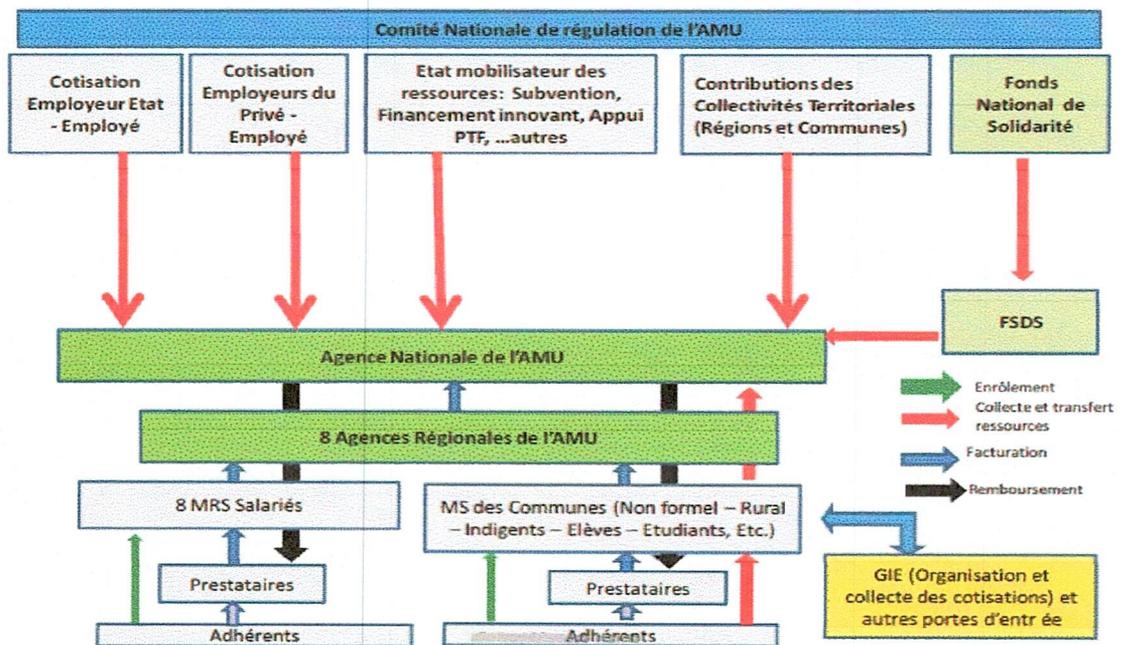
FIGURE 6 : Architecture mutuelle de santé des salariés.

Les deux grands régimes que sont le régime des salariés et celui des communes devraient, pour un début, se développer chacun de son côté jusqu'à leur maturité pour ne constituer qu'un seul et même régime à terme.

<sup>32</sup>Figure élaborée par le comité de réflexion sur la CUS/N dans sa note technique de la proposition d'architecture CUS/N.

### c. Le comité national de régulation de la CUS

C'est un comité national de régulation qui a été préféré à l'Agence nationale de gestion de la CUS/N. Ce changement terminologique ne change rien au fait qu'il s'agit toujours d'une instance qui centralisera à la fois les ressources financières et la gestion technique de la mutualité au niveau national. Le comité sera l'organe directeur de la CUS/N chargé du suivi et de l'évaluation de l'ensemble du système mutualiste.



Source : Comité de réflexion sur la CUS/N.

Figure 7 : Vision globale de la mutualité santé.

DEUXIÈME PARTIE : L'ASSURANCE  
MALADIE PRIVÉE DANS UN CONTEXTE  
DE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ

## **Chapitre 1 : De l'offre d'assurance maladie dans un contexte de couverture universelle santé**

Le métier d'assureur consiste à accompagner des hommes et des femmes dans la réalisation de leurs projets et cela dans des domaines les plus variés. Pour cette raison, l'assureur se doit d'être à la pointe de l'innovation. Il en va de même pour l'assurance maladie classique qui doit être repensée pour coexister avec la CUS/N, pour la compléter.

### **Section 1 : La nécessité d'évoluer vers une offre d'assurance complémentaire santé**

Dans un contexte de couverture universelle santé, innover c'est, se tourner résolument vers l'offre d'assurance complémentaire santé. L'innovation consistera moins à inventer de nouveaux produits d'assurances qu'à identifier les exemples à suivre ainsi qu'à les adapter à certaines de nos réalités.

En France par exemple, le marché de l'assurance complémentaire santé est évalué à 32,1 Milliard d'Euro en 2012<sup>33</sup> et couvre 96% de la population française. Les acteurs du marché français de l'assurance complémentaire santé sont :

- les mutuelles de santé ;
- les institutions de prévoyance ;
- et les sociétés d'assurance.

S'inspirer de l'exemple français en assurance complémentaire santé nous paraît être une voie salutaire pour les assureurs maladie nigériens et au-delà pour tous les assureurs maladie du marché de la CIMA dans la perspective d'une généralisation de l'assurance maladie universelle dans cet espace.

Mais qu'est-ce que l'assurance complémentaire santé ?

---

<sup>33</sup>L'ARGUS DE L'ASSURANCE, Fonds CMU – Complémentaires santé – Chiffre d'affaires : Les assureurs grignotent les positions des mutuelles. [En ligne]. <http://www.argusdelassurance.com>. [Consulté le 27/08/2014]

## Paragraphe 1 : L'assurance complémentaire santé

Évoluer vers des produits d'assurance complémentaire santé nécessite des assureurs maladie privée un effort pour mieux cerner ce qu'est cette garantie.

### A. Définition du concept et mécanisme de l'assurance complémentaire santé

Une assurance complémentaire santé est un contrat qui a pour objet de prendre en charge tout ou partie des dépenses de santé de l'assuré concernant la maladie, l'accident et la maternité, non couvertes par une couverture maladie de base. La couverture universelle santé ne couvrira qu'une partie des frais de santé laissant la partie non couverte à la charge des adhérents de la mutuelle de santé. Le remboursement de la CUS ne prendra pas en charge :

- *le ticket modérateur* qui est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la CUS ;
- *la franchise ou la participation forfaitaire*, somme non remboursée par la CUS et restant à la charge de l'assuré quelque soit son niveau de couverture. En principe, la franchise n'est pas couverte par une complémentaire santé ;
- les éventuels *dépassements* (dépassement d'honoraires, dépassement du prix d'un acte...).

Une illustration de la mise en jeux de la garantie complémentaire santé est fournie en annexe (annexe N°2)

L'assurance complémentaire santé existe parce que le montant remboursé par le régime de couverture de base n'est presque jamais égal à la base de remboursement. Lorsque l'assuré effectue des dépenses de santé, il fait automatiquement intervenir à la fois la CUS et l'assurance complémentaire santé mais à des proportions différentes. La complémentaire santé intervient toujours pour compléter (sauf pour ce qui est des garanties supplémentaires) la CUS. On dit que l'assureur complémentaire santé n'intervient jamais au premier franc. Il est là pour rembourser ce que le régime de base (CUS) laisse à la charge de l'assuré.

## B. Les garanties complémentaires

Les garanties complémentaires recouvrent des frais de soins et des prestations complémentaire dont, les contenus varient selon le niveau de couverture de la complémentaire santé.

### 1. Nature des frais de soins couverts

La nature des frais de soins couverts par une complémentaire santé est très étendue et varie selon les contrats. Il s'agit des services et frais suivants :

- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, actes et frais de chirurgie ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et de laboratoire ;
- les actes médicaux courants et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les frais d'optique : montures, verres et lentilles ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais d'orthopédie et de prothèses ;
- un bilan de santé annuel...

### 2. Les prestations complémentaires

Les prestations complémentaires visent à compenser les conséquences pécuniaires de l'inactivité de l'assuré par suite de maladie. Ces prestations peuvent être en espèces ou forfaitaires. Ces prestations ne sont pas inconnues du marché nigérien. En effet, elles sont depuis longtemps commercialisées en complément aux contrats d'assurance maladie classique et/ou dans un contrat individuel accident. Ces prestations complémentaires sont principalement la garantie incapacité temporaire et la garantie invalidité permanente :

- **la garantie incapacité temporaire** : elle donne droit à une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie. Le montant de l'indemnité journalière est fixé forfaitairement à la souscription du contrat et doit tenir compte des revenus de l'assuré ;

- **la garantie invalidité permanente** : elle prévoit le versement d'un capital ou d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutif à une maladie ou à un accident.

La Couverture Universelle Santé est également appelée couverture santé de base dans la mesure où elle ne garantit que les maladies jugées par les autorités publiques comme étant celles qui portent le plus atteintes à la santé et qui sont curables. C'est dire que toutes les maladies ne sont pas du ressort de la CUS. Supplémentaires, en ce sens qu'elles suppléent à la couverture de base.

### **3. Prestations supplémentaires**

Dans un système de santé comme celui du Niger caractérisé par un faible accès aux soins et services de santé, la priorité de la CUS doit dans un premier temps aller dans le sens de la couverture des affections sanitaires les plus courantes. Cela suppose un arbitrage de la part des autorités compétentes pour déterminer la liste de ce qui devra être couvert par la CUS et ce qui ne le sera pas. A partir de cette liste ou plus précisément de ce qu'elle ne contient pas, les assureurs complémentaire santé pourront proposer des garanties supplémentaires.

Généralement, un contrat d'assurance complémentaire santé couvre au titre de la garantie supplémentaire :

- les médicaments non remboursables par la CUS ;
- l'assistance téléphonique via un plateau technique composé de médecin-conseil, premier niveau de prise en charge des assurés. Ce qui peut s'avérer utile en termes de conseils et d'orientation dans le système de santé ;
- une prime de maternité ou un forfait naissance ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime de base : les vaccins et rappels de vaccins...

### **4. Le niveau de couverture de la complémentaire santé**

Pour tenir compte de la capacité financière des assurés à s'acquitter de la prime d'assurance, certains assureurs en France ont segmenté les complémentaires par niveau de couverture :

- ***couverture complémentaire de base*** : comme son nom l'indique, cette garantie prend en charge le remboursement de tout ou partie du ticket modérateur, c'est-à-dire la part de frais laissée à la charge de l'assuré sur la base du tarif de convention du régime de couverture de base. Ainsi sont remboursés les consultations médicales et les frais de soins hors dépassement d'honoraires. Techniquement on parle de couverture à 100% de la base de remboursement du régime de base ;
- ***couverture complémentaire étendue*** : la couverture complémentaire va au-delà des dépenses courantes puisse qu'elle a la particularité d'offrir, de meilleures prestations en cas d'hospitalisation que la couverture complémentaire de base ; Techniquement on parle d'une couverture complémentaire à 200% de la base de remboursement du régime de base ;
- ***couverture complémentaire complète*** : elle englobe les garanties précédentes. De plus, elle couvre tout ou partie des dépassements d'honoraires, mais sans excéder le montant des frais réels justifiés par l'assuré. Elle offre également une meilleure prise en charge des cures, des appareils acoustiques, des prothèses dentaires, des lunettes, lentilles de contact... Techniquement l'assureur couvre jusqu'à 300% de la base de remboursement du régime de base.

La marche vers l'assurance complémentaire santé ne doit pas faire oublier la nécessité de maintenir le modèle classique d'assurance maladie pour une certaine catégorie d'assurés.

## **Paragraphe 2 : Le maintien de l'assurance maladie classique**

Ont droit à la CUS, ceux qui résident sur le territoire national qu'ils soient nigériens ou non. Mais qu'en est-il des membres du corps diplomatique et consulaire ? Juridiquement, ils ne peuvent être assimilés à des résidents. Or, le bénéfice à une CUS est attaché à cette qualité. On peut donc légitimement se poser la question de savoir le sort qui leur sera réservé ?

Il serait donc logique de maintenir à l'égard de cette catégorie d'assurés les contrats d'assurance maladie classique. Par ailleurs, eu égard à l'effectif total du personnel diplomatique et consulaire en poste au Niger, la gestion de ce portefeuille ne devrait pas détourner les assureurs maladie de leur nouvelle orientation qu'est le développement de l'assurance maladie complémentaire.

Seulement, il est à craindre que ce portefeuille ne soit pas assez grand et diversifié pour laisser s'exprimer les lois de la statistique quant à la mutualisation du risque maladie.

## **Section 2 : Commercialisation de l'assurance complémentaire santé**

Avant de se lancer dans la commercialisation de l'assurance complémentaire santé, les assureurs maladie doivent s'assurer de certains préalables.

### **Paragraphe 1 : Les préalables à la commercialisation de l'assurance complémentaire santé**

Il est vrai que tout début est difficile et il en ira de même pour l'assurance complémentaire santé. Mais ces difficultés peuvent être atténuées par un certain nombre de mesures dites incitatives. Ces mesures peuvent consister en l'adoption de lois sur les complémentaires santé ainsi que la défiscalisation des contrats d'assurance complémentaire santé.

#### **A. L'adoption d'une loi sur l'assurance complémentaire santé**

S'il existe une différence en terme de fonctionnement entre l'*entrepreneuriat* d'inspiration française et celui d'inspiration anglo-saxonne c'est bien le degré de lobbying sous-jacent. Le mot lobbying vient de lobby, anglicisme qui désigne « un groupement, (organisation, association...) qui exerce une pression sur les pouvoirs publics pour faire triompher les intérêts, professionnels ou autres, qu'il soutient.»<sup>34</sup> Si le lobbying est à bien des égards condamnable car faisant triompher l'intérêt particulier sur l'intérêt général, il ne reste pas moins un puissant outil de persuasion.

Dans cette perspective, rien ne s'oppose à ce que les assureurs maladie privée se constituent en lobby pour faire "une place au soleil" à l'assurance complémentaire santé particulièrement, auprès des entreprises privées. En cela, les assureurs maladie peuvent se baser sur une disposition légale. Il s'agit de l'obligation qui pèse sur les employeurs de fournir gratuitement à leurs employés les soins et services de santé dont ils ont besoin. Dans un contexte de CUS, l'employeur qui garantit la couverture santé de base à ses employés s'est-il correctement acquitté de son obligation légale ?

---

<sup>34</sup> Le Grand Robert de la langue française, version électronique.

A cette question nous répondons par la négative pour le simple fait que la loi qui a instaurée cette obligation visait à faire supporter par l'employeur les conséquences financières des dépenses de santé de ses employés ce que ne couvre que partiellement CUS. L'employeur doit faire plus ! Il doit souscrire une complémentaire santé pour couvrir la part non pris en charge par la couverture santé de base (CUS/N).

La perspective de rendre obligatoire la souscription de complémentaire santé au profit des employés ne doit pas effrayer les employeurs. A vraie dire il ne s'agit pas d'ajouter une charge supplémentaire sur les employeurs mais, de les amener à se conformer à la loi qui veut que l'employeur couvre les conséquences pécuniaires de l'altération de la santé de ses employés. Le budget de l'entreprise affecté à la maladie n'augmentera pas du fait de la souscription d'une complémentaire santé. Simplement, la prime d'assurance habituellement budgétisée par l'entreprise sera désormais proportionnellement répartie entre la CUS et l'assurance complémentaire santé.

Pour revenir au lobbying, les assureurs maladie privée doivent concentrer leurs efforts dans deux directions. A l'endroit des entreprises et auprès des élus parlementaires. Au niveau des entreprises deux acteurs clés que sont les dirigeants de l'entreprise et les représentants syndicaux des employés doivent être approchés pour leur faire prendre conscience de l'intérêt qui est le leur à bénéficier d'une couverture santé complémentaire. Un employé en bonne santé est un employé productif. Mieux protégé face au risque maladie, l'employé s'adonnera plus sereinement à son travail loin de toute préoccupation financière concernant sa santé ou celle de sa famille.

C'est de part la loi que l'employeur est obligé de garantir la santé des ses employés. C'est donc à la révision de cette disposition légale que les assureurs maladie doivent s'activer. La révision de la loi est une prérogative du pouvoir législatif qui au Niger est incarné par l'Assemblée Nationale. C'est donc auprès de cette assemblée que doit être menée un lobbying. Concrètement, c'est l'article 144 du Code du Travail qui doit être modifié pour prévoir l'obligation de souscrire une complémentaire santé au profit des employés.

Pour rendre l'assurance complémentaire santé encore plus attractif, une défiscalisation des contrats sera un atout non négligeable pour la vulgarisation de l'assurance complémentaire santé.

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

## **B. La défiscalisation des contrats d'assurance complémentaire santé**

Le caractère social de la CUS est en filigrane de chacun des textes vers la réalisation de cet objectif. Le caractère social ne doit donc pas être occulté en ce qui concerne l'assurance complémentaire santé. L'État doit accompagner cet élan social en défiscalisant les contrats d'assurance complémentaire santé. Cette mesure sera de nature à favoriser la généralisation de la couverture complémentaire santé et partant permettre d'accroître le niveau de couverture sanitaire du Niger.

On sait que l'assurance maladie classique est décriée pour son coût jugé hors de la portée des populations à bas revenu. La défiscalisation rendra la prime plus abordable et donc accessible au plus grand nombre.

L'avantage que pourront tirer les assureurs de la défiscalisation des contrats complémentaire santé est indéniable. Ainsi, ils disposeront de plus de primes, d'une mutualité plus équilibrée et par conséquent de résultats plus favorables. Mais, au-delà des assureurs, l'État à travers cette manne pourra s'appuyer sur l'investisseur institutionnel qu'est l'assureur, pour l'accompagner dans le financement de ses projets de développement.

Enfin, on pourrait envisager qu'une fois à maturité c'est-à-dire en situation de quasi-généralisation de l'assurance complémentaire santé, l'introduction d'une taxe sur l'assurance complémentaire santé, allant directement dans le fond servant au financement de la CUS. En cela, les assureurs auront une fois de plus contribué à inscrire la CUS dans la pérennité.

Des choix doivent être opérés qu'en à la population cible, de sorte à moduler l'offre d'assurance complémentaire santé selon la clientèle.

### **Paragraphe 2 : La segmentation de la clientèle en assurance complémentaire santé**

La segmentation consiste à diviser un marché en sous-partie homogènes et exploitables. Sommairement, les clients peuvent être regroupés en deux grandes catégories. D'une part les personnes physiques et de l'autre les personnes morales. Ce qui

nous conduit à traiter de l'assurance complémentaire santé en termes de contrat individuel pour les particuliers et de contrats groupe pour les entreprises.

### **A. Les contrats d'assurance complémentaire santé individuelle**

Un contrat d'assurance maladie individuel est celui souscrit par un individu pour se couvrir lui-même ainsi qu'éventuellement les membres de sa famille contre les conséquences financières de la maladie. Parce qu'il s'agit de personnes qui pour la majorité, se proposent d'elles-mêmes à la souscription d'une individuelle complémentaire santé, l'assureur doit disposer d'un "filtre" pour s'assurer de la sincérité de sa mutualité. Pour cela, il peut recourir à la sélection des risques. Pour bien tarifier un risque, il est nécessaire de le connaître. Cette affirmation est particulièrement vraie en assurance maladie où la nature du risque est difficilement modélisable du fait du facteur humain.

C'est pourquoi, si les assureurs maladie optent pour l'offre de contrat complémentaire santé individuelle, il est crucial qu'ils procèdent à la sélection des risques qu'ils envisagent de prendre en charge. Le code des assurances en son article 12, alinéa 2 instaure l'obligation de déclaration du risque de la part de l'assuré et dispose que celui-ci se doit : « 2°) de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge. » En assurance maladie, on parle plus précisément de déclaration des antécédents médicaux. Il s'agit le plus souvent d'un questionnaire réimprimé permettant à l'assureur de se faire une idée sur l'état de santé de l'intéressé. En effet, il a été démontré qu'un certain nombre de facteurs liés au cadre de vie général de l'individu, tels que la situation familiale, l'environnement socio-économique, le statut social et la nature de l'activité professionnelle, la région géographique, le tabagisme et les habitudes alimentaires, l'hérédité ont une réelle incidence sur l'état de santé et aurait pour conséquence de fausser le principe sacro-saint de l'assurance qu'est l'aléa. C'est pour cela que la sélection des risques est particulièrement importante en assurance complémentaire santé individuelle car dans le modèle individuel, « la charge totale aléatoire pour l'assureur est la somme des sinistres imputables à chacun des assurés »<sup>35</sup>. Raison de plus pour prêter une attention particulière à l'anti-sélection.

---

<sup>35</sup> Konan Eugène KOUADIO, Cours de Généralités et bases techniques de l'assurance, Institut International des Assurances, pp. 69, Mars 2013.

Si la sélection des risques par l'administration de questionnaire médical met l'assureur à l'abri des "mauvais risques", c'est une formalité qui peut être source de lenteur dans le processus de souscription des risques et demande plus de moyens humains pour le traitement des informations ainsi recueillies. L'autre clientèle cible pourrait être les entreprises qui souscrivent des garanties maladie pour leurs employés. Pour cette catégorie de clients, il existe des garanties dites groupes.

## **B. Complémentaire santé groupe**

Un contrat d'assurance groupe est un contrat souscrit auprès d'un assureur par une personne morale en vue d'assurer un groupe de personnes désignées en tant qu'adhérents. Contrairement au modèle individuel, le modèle collectif ne distingue pas les assurés composant le portefeuille mais voit ce dernier comme un tout, comme un collectif de risques. L'assurance complémentaire santé groupe présente l'intérêt de constituer une sorte de "sous-mutualité" à l'intérieur de chaque entreprise assurée. Cette remarque est d'autant plus vraie que l'effectif du groupe assuré est important. Chaque entreprise représente un échantillon de la société en miniature. C'est ainsi que, les cadres côtoient les agents de maîtrise, les employés ; avec toutes les tranches d'âges et situations sociales possibles. Les risques aggravés<sup>36</sup> se feront compenser par les risques normaux de sorte que la mutualité permette une certaine prédictibilité quant aux lois de la statistique. Ce qui fait en sorte qu'il ne soit pas nécessaire de recourir à un questionnaire médical pour tarifier le groupe. L'assureur complémentaire santé pourrait ainsi fixer des primes forfaitaires pour un premier temps quitte à procéder à un réajustement au renouvellement du contrat.

Vers quel type de clients se tourner ? Les contrats individuels ou bien les contrats groupes ? En termes de rentabilité, lequel choisir ? Peut-on envisager de commercialiser les deux ?

## **C. Complémentaire santé individuel ou complémentaire groupe ?**

Actuellement, sur le marché nigérien de l'assurance maladie, il n'est pas possible de souscrire à un contrat d'assurance maladie à titre individuel. Ne sont commercialisés que les contrats d'assurance maladie groupe par lequel, l'employeur s'acquitte de son obligation légale de couvrir les dépenses de santé de ses salariés.

---

<sup>36</sup> Risque dont la probabilité de réalisation est supérieure aux statistiques normales.

L'instauration d'une couverture universelle santé permettra-t-elle aux assureurs maladie de s'ouvrir enfin aux particuliers quant à l'offre de complémentaire santé ? Plusieurs raisons nous permettent de nous prononcer en faveur d'une commercialisation de complémentaire santé aux particuliers.

Aujourd'hui les arguments pour justifier la réticence des assureurs maladie à proposer une couverture maladie aux particuliers sont l'anti-sélection et l'aléa moral sans compter, la faiblesse du pouvoir d'achat des particuliers. Ces arguments peuvent être ramenés à l'absence d'une masse critique en termes d'assurés. Autrement dit, le potentiel d'assurés individuels n'est pas assez grand pour que les "bons risques" compensent les "mauvais risques". Que les primes des bien-portants compensent les dépenses engagées par les malades de sorte que l'assureur maladie puisse en retirer un résultat positif.

La CUS n'est peut-être pas une panacée mais elle offre certaines opportunités aux assureurs maladie. D'abord, en complémentaire santé, la prime n'est pas élevée vu que l'assureur ne couvre qu'une partie du risque qui normalement ne dépasse pas 20% de celui-ci, le reste étant pris en charge par la CUS. Par conséquent, si le montant de la prime n'est pas élevé, la complémentaire santé sera plus attractive et abordable pour les populations à revenu moyen. Ce qui aura pour effet un plus grand nombre d'assurés et donc une mutualité répondant mieux à la loi des grands nombres.

Autre opportunité que peut présenter l'offre de complémentaire santé individuelle, c'est l'occasion donnée à l'assureur d'être plus présent dans le quotidien des populations. Plus proche, et socialement plus affirmé, l'assureur pourra mieux connaître ces clients afin de leurs proposer d'autres produits d'assurances. Par cette démarche, les assureurs maladie arriveront peut-être à développer une culture d'assurance au Niger principal frein à l'épanouissement de cette activité.

Après s'être assuré de la nécessité d'évoluer vers l'assurance complémentaire santé et vérifier le potentiel assurable, les assureurs maladie peuvent s'atteler à ce qui est le cœur même de leur métier c'est-à-dire, produire des garanties, suivre leur évolution et procéder aux règlements en cas de sinistre.

## Chapitre 2 : Production et gestion de sinistres en assurance complémentaire santé

La couverture universelle santé constitue un défi pour l'ensemble des acteurs chargés de mettre en place cette importante réforme. Pour l'assurance maladie, il est question de se tourner vers l'offre de complémentaire santé. Comment élabore-t-on des produits d'assurance complémentaire et comment s'effectue le règlement en cas de réalisation du risque ?

### Section1 : La production en assurance complémentaire santé

Dans le processus de production de garanties, la tâche la plus délicate est de pouvoir déterminer le juste prix à réclamer à l'assuré pour prendre en charge le risque dont il craint la réalisation.

#### Paragraphe 1 : La tarification en assurance complémentaire santé

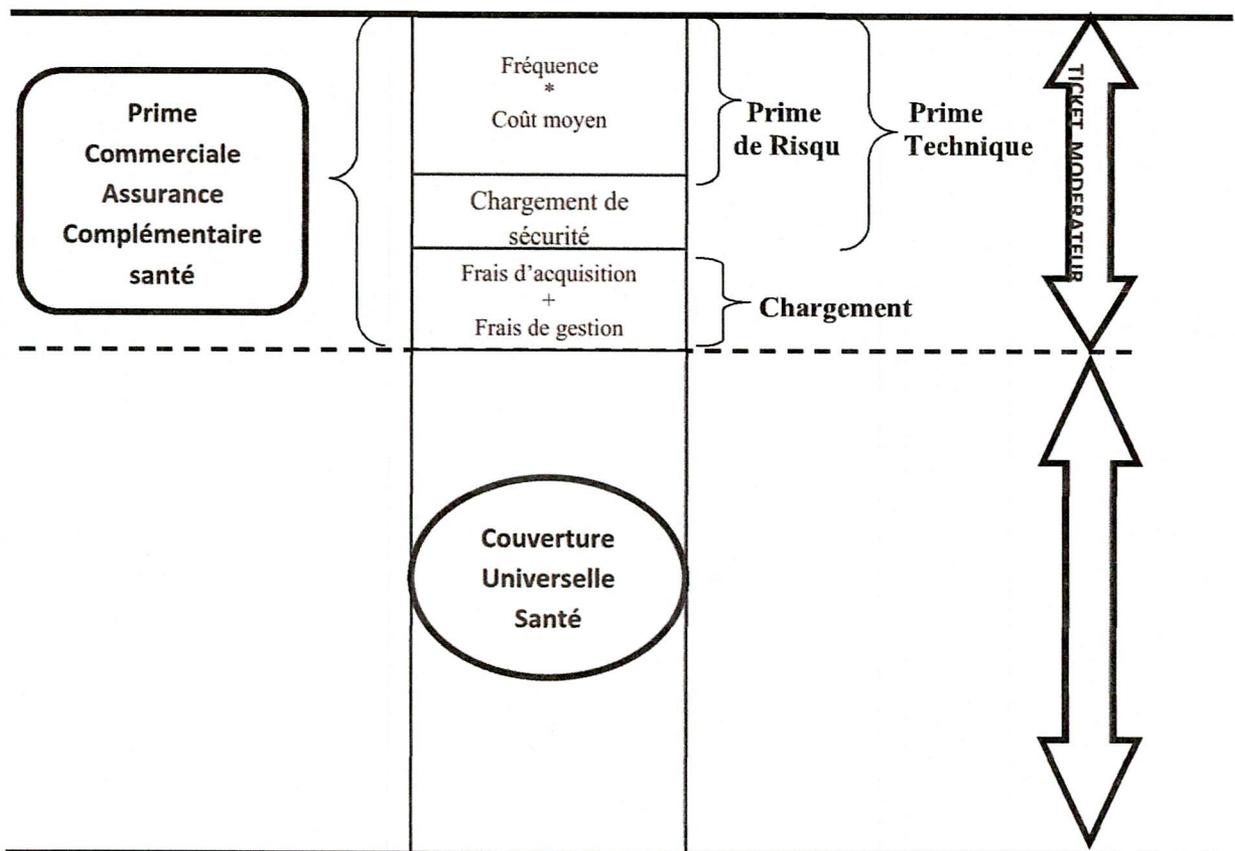


FIGURE 8 : Décomposition de la prime d'assurance complémentaire santé.

➤ **Expression de la Prime Technique ( $\pi$ )**

$$\pi = \sum_i [\text{probabilité de consommer l'acte } i \cdot p \cdot \text{quantité moyenne de l'acte } i \cdot \text{consommé} \cdot (\text{cout unitaire de l'acte } i - \text{RCUS}/N)] \cdot \rho_i$$

Avec :  $i$  l'acte garanti au contrat et  $\rho$  la marge de sécurité sur la tarification de  $i$ ; et R CUS : remboursement de la couverture universelle santé.

On peut donc exprimer la prime technique comme suit :

$$\pi = (\text{Fréquence } i \cdot \text{Coût Moyen } i) \cdot \rho_i$$

Avec

- Fréquence =  $\frac{n}{N}$  : nombre moyen de sinistre par contrat
- Coût Moyen  $i = E_p(\text{Frais réels } i) - PT_i \cdot \%RCUS_i$
- E, espérance mathématique.

➤ **Expression actuarielle de la Prime Commerciale ( $\pi''$ )**

$$\pi'' = \frac{\pi}{(1-g)}$$

Avec g, représentant les frais.

Concrètement, pour déterminer la prime de risque (fréquence et le coût moyen des sinistres), l'assureur a besoin d'un certain recul c'est-à-dire d'observer les exercices antérieurs pour pouvoir déterminer la loi statistique à laquelle obéit cette branche. Malheureusement l'assureur ne dispose pas de ce recul en matière de complémentaire santé. Pour pallier à cette situation, l'assureur peut fixer une prime de risque forfaitaire qu'il affinera au fil des années. Ce qui fait la particularité de l'assurance maladie, c'est l'influence que peut avoir l'assuré lui-même sur son propre risque. C'est cette influence que nous appellerons le risque humain.

## **Paragraphe 2 : La gestion du risque humain en assurance complémentaire santé**

Nous entendons par risque humain, l'influence du comportement de l'assuré sur le risque proprement dit et qui a pour effet d'aggraver ce dernier. Principalement, il s'agit de l'anti-sélection et de l'aléa moral. Face à ces deux facteurs aggravants du risque, les assureurs ont développé certaines techniques de prévention et de gestion.

### **A. Anti-sélection et aléa moral en assurance complémentaire santé**

#### **1. L'anti-sélection en assurance complémentaire santé**

L'anti-sélection désigne les dysfonctionnements du marché de l'assurance du fait de l'information cachée dont les assurés peuvent disposer sur leurs propres risques et dont l'assureur n'est pas informé. Ce phénomène est encore plus redoutable en assurance maladie. Ne risque-t-on pas de voir uniquement les risques aggravés souscrire à l'assurance complémentaire santé pour alléger leurs budgets maladie ?

Certaines personnes atteintes d'affections graves et chroniques auront plus tendance à souscrire une assurance complémentaire santé par contre, les personnes à faible risque n'en verront peut-être pas la nécessité. L'assureur complémentaire doit donc prêter attention à ce que son portefeuille ne soit pas en majorité constitué de risques maladies graves. Ce qui aura pour conséquence de fausser la mutualisation des risques entre malades et bien-portants. L'aléa moral est aussi un risque supplémentaire que l'assureur complémentaire santé ne peut occulter.

#### **2. Aléa moral en assurance complémentaire santé**

Le simple fait de se savoir couvert par une assurance modifierait le comportement de l'assuré face au risque. C'est ce phénomène que l'on appelle l'aléa moral. Plus le taux de couverture santé de l'assuré est élevé plus on est confronté au problème de l'aléa moral. L'assurance complémentaire santé n'accroîtrait-il pas l'aléa moral ?

Le taux élevé de prise en charge (Couverture Universelle santé+ couverture complémentaire) fait parfois l'objet de critiques ; il aurait un effet inflationniste sur les

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

dépenses de soins et cela sans réel bénéfice sur l'état de santé. Dans les pays où il existe une couverture universelle santé couplée à l'assurance complémentaire santé, on n'a constaté qu'il naît des besoins de santé fantaisistes responsables des déficits du système de santé national.

A l'origine, le ticket modérateur avait été pensé pour résoudre le problème que présente l'aléa moral. Or, l'assurance complémentaire santé vise en "assurer" le ticket modérateur. De ce fait, le problème de l'aléa moral se pose avec plus d'acuité qu'auparavant.

Est-ce pourtant qu'il faille renoncer à l'assurance complémentaire santé ?

## **B. Les techniques de prévention et de maîtrise du risque humain en assurance complémentaire santé**

Pour prévenir le risque humain en assurance complémentaire santé, les assureurs maladie, utilisent principalement de la franchise et le coefficient de réduction/majoration.

### **1. La franchise en assurance complémentaire santé**

La franchise peut être définie comme étant la partie que supporte l'assuré lui-même sur ces propres dépenses. L'instauration d'une franchise dans un contrat d'assurance maladie vise principalement à discipliner l'assuré dans sa consommation de soins et service de santé en l'amenant à ne faire jouer sa garantie maladie que si cela est vraiment nécessaire.

La franchise présente bien d'autres avantages pour l'assureur complémentaire santé. C'est ainsi que la franchise permet de maîtriser les frais de gestion dans la mesure où l'assureur n'aura pas à supporter les remboursements pour les montants inférieurs à la franchise. Du côté de l'assuré, se voir imposer une franchise peut paraître frustrant de prime abord. Mais, la perspective de payer une prime minorée du fait de la franchise est un argument auquel les assurés sont sensibles. Le montant de la prime diminue du fait que l'assureur intègre dans le calcul de la prime le fait qu'une partie du risque sera supportée par l'assuré lui-même.

La franchise sous-entend donc que le risque n'est pas entièrement transféré à l'assureur puisque l'assuré en conserve une partie. C'est pourquoi, la franchise constitue un frein au transfert total du risque sur l'assureur et par la même occasion à la capacité de l'assurance de mettre l'assuré totalement à l'abri des conséquences financières de la maladie. Le but de la complémentaire santé est de prendre en charge la part des dépenses de santé non remboursée par la CUS. Instaurer une franchise reviendrait à reprendre d'une main ce que l'on offre de l'autre. Si la franchise permet de rendre la prime plus abordable, à contrario, c'est des parts de primes en moins pour l'assureur.

Contrairement à ce qui se fait en France à savoir, la franchise obligatoire d'un (1) Euro, il nous paraît peu judicieux d'instaurer une telle franchise au Niger. Cette franchise ne serait-elle pas en porte-à-faux avec l'objectif de la complémentaire santé qui est d'offrir une couverture plus complète du risque maladie ? La franchise ne résout que partiellement le problème du risque humain. Le système du coefficient de réduction/majoration nous paraît plus équitable.

## **2. Le système de réduction/majoration en Assurance complémentaire santé**

Le coefficient de réduction/majoration trouve son application la plus usuelle en assurance automobile (le système du bonus/malus). En l'absence de statistiques et surtout de savoir-faire<sup>37</sup> dans cette nouvelle branche, les assureurs complémentaire santé seront appelés à fixer pour les premières années des primes forfaitaires indifféremment de l'état du risque (risque aggravé ou risque normal). Cela induira une forte probabilité d'anti-sélection. Les risques aggravés souscriront plus de complémentaire santé et à l'inverse les risques normaux ne trouveront pas juste de payer la même prime pour en retour se servir moins de la couverture. Pour rétablir l'équilibre il faut faire de sorte que chacun paye selon son niveau de consommation. Les assureurs complémentaires santé pourront procéder à une modulation des primes. Cela revient à appliquer le système du coefficient de réduction/majoration. De la sorte, ceux qui auront un S/P (montant du cumul des remboursements/primes acquises) inférieur à 65% verront au pire le montant de leur prime inchangé au renouvellement. Pour les assurés avec un S/P supérieur à 65% le montant de

---

<sup>37</sup>Difficultés de tarification en complémentaire santé.

leurs primes sera réévalué à la hausse et proportionnellement à leurs niveaux de consommation.

Le métier de l'assureur complémentaire santé ne se limite pas à la production des contrats. Au contraire, le portefeuille doit faire l'objet d'une surveillance accrue pour détecter les éventuels cas de fraude et procéder au règlement idoine pour les sinistres couverts.

## **Section 2 : La surveillance du portefeuille assurance complémentaire santé**

Au Niger, le nombre de personnes couvertes par une assurance maladie classique est très faible. La CUS et l'introduction de complémentaire santé pourraient changer la donne. Un plus grand nombre d'assurés impliquerait un système de gestion plus complexe dû au chevauchement entre l'assurance complémentaire santé et la CUS.

### **Paragraphe 1 : Les mesures de surveillance du portefeuille assurance complémentaire santé**

La branche maladie a de tout temps été une branche dont la gestion est particulièrement difficile pour les assureurs. C'est pour cette raison, que des mesures de surveillance particulières sont nécessaires pour cette branche. Plus qu'auparavant, l'assureur maladie doit disposer d'outils performants pour gérer au mieux sa mutualité. Au nombre de ces outils figure en bonne place l'informatique. Le service informatique de l'assureur complémentaire santé doit être à la hauteur pour :

- établir une base de donnée capable de fournir en temps réel l'identité de chaque assuré ;
- déterminer les antécédents médicaux de chaque assuré afin de suivre son profil de consommation ;
- le taux de couverture de sa complémentaire santé ;
- fournir la fréquence et le coût moyen de la consommation en biens et services de santé afin d'établir la sinistralité de chaque assuré et donc la prime au renouvellement du contrat ;

Par ailleurs, toutes les factures d'un certain montant devront être contrôlées par un médecin-conseil de la compagnie d'assurance et si nécessaire procéder à une contre-visite médicale de l'assuré.

Pour éviter qu'un assuré ne se fasse substitué par un proche non couvert par l'assurance complémentaire santé, des cartes biométriques pour chaque assuré peut être envisagée, pour limiter la fraude.

## **Paragraphe 2 : la fraude à la complémentaire santé : Manifestations et répression**

La fraude à l'assurance est peut-être née en même temps que l'assurance pour dire à quel point le phénomène n'est pas nouveau. La fraude à l'assurance peut être définie comme étant l'utilisation illicite d'une police d'assurance dans l'intention d'obtenir indûment un avantage de l'assureur. En France, près de 150 millions d'euros de fraude à l'assurance maladie ont été détectés en 2012<sup>38</sup>. Ce chiffre n'est que la face visible de l'iceberg car bon nombre de fraudes passent inaperçues. En cause, principalement les professionnels de la santé et les assurés même si, ces derniers sont minoritaires.

Au Niger, les compagnies d'assurance ne tiennent malheureusement pas de statistiques sur la fraude à l'assurance maladie. Mais, ce n'est pas pour autant que le manque à gagner est nul dans ce domaine. Si la fraude à l'assurance maladie n'est pas statistiquement renseignée c'est peut-être dû au nombre limité d'assurés.

L'ampleur de cette fraude n'augmenterait-elle pas avec le duo CUS et assurance complémentaire santé ?

Pour ne pas être pris au dépourvu, les assureurs maladie gagneraient à connaître davantage les manifestations de la fraude à l'assurance complémentaire santé pour mieux la combattre.

### **A. Les manifestations de la fraude à l'assurance complémentaire santé**

---

<sup>38</sup>Journal le monde, l'assurance maladie : près de 150 millions d'Euros de fraude à l'assurance maladie. [En ligne]. <http://www.lemonde.fr>[Consulté le 18/09/2014].

La fraude à l'assurance complémentaire santé diffère-t-elle de la fraude à l'assurance maladie classique ? Comment l'assureur complémentaire pourrait-il y faire face ?

La question de la fraude à l'assurance se pose particulièrement en complémentaire santé du fait que l'assureur maladie ne jouerait qu'un rôle secondaire en dehors des instances de régulation du régime de la CUS. Au stade actuel de réflexion sur la CUS, le suivi de la fraude sera du ressort du Comité National de Régulation de la CUS. L'assurance complémentaire santé étant adossée à la CUS, une fraude non détectée par cette dernière risquerait de passer inaperçue de l'assureur complémentaire. En effet, intervenant en aval du processus de remboursement, l'assureur complémentaire pourrait ne pas avoir toute la latitude de procéder aux vérifications nécessaires pour détecter d'éventuels cas de fraudes. Par conséquent, les assureurs maladie devraient s'activer pour une co-régulation de la CUS. Autrement, l'assureur complémentaire santé aura à rembourser indûment des frais.

Comme évoqué tantôt, la fraude à l'assurance complémentaire santé a principalement comme acteurs, les professionnels de la santé et les assurés eux-mêmes. En majorité, la fraude à l'assurance est principalement le fait des professionnels de la santé plus au fait des procédures et donc plus à même de les contourner. L'attention de l'assureur complémentaire santé doit donc en priorité se porter sur l'intégrité des prestataires de santé. Plus le taux de remboursement est élevé plus la police est susceptible de fraude de la part des professionnels de la santé. Conscient de l'existence d'une couverture complémentaire, ces professionnels de la santé n'hésiteront pas à prescrire une batterie d'analyses pour des maladies bénignes. Le but étant de se faire le plus rembourser par l'assureur complémentaire santé.

La fraude à l'assurance n'est pas l'apanage des seuls professionnels de la santé, les assurés ne sont pas en reste. De connivence avec certains professionnels de la santé dont notamment les médecins généralistes et les pharmaciens qui délivrent des faux documents médicaux par complaisance, à l'égard assurés. Là aussi, l'assureur complémentaire santé doit accroître sa vigilance à certaines périodes<sup>39</sup> de l'année où les assurés s'adonnent plus à la fraude à l'assurance pour arrondir les fins de mois.

---

<sup>39</sup> Les pics de la fraude à l'assurance sont les périodes de fêtes et en fin d'année pour dit-on consommer sa prime d'assurance.

On peut enfin préciser que certaines garanties sont plus en proie à la fraude que d'autres. C'est notamment le cas de la garantie incapacité temporaire pour bénéficiaire du versement des indemnités journalières.

### **B. Répression de la fraude à l'assurance complémentaire santé**

La fraude à l'assurance n'est pas particulièrement définie par le Code pénal nigérien. C'est une infraction qui tombe généralement sous le coup d'infractions pénales telles que l'escroquerie, faux en écriture et faux témoignage. Selon l'article 18, 1<sup>er</sup> aliéna du Code CIMA, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Concernant le sort des primes déjà payées, elles restent acquises à l'assureur sans préjudice d'éventuels dommages et intérêts.

Pénalement sanctionnée, la fraude à l'assurance aboutie rarement sur une décision de justice. Pour rester en bon termes avec leurs assurés et préserver leur image de marque, les assureurs préfèrent signaler les cas de fraude personnellement à l'assuré en l'invitant à ne plus recommencer de tels actes. De plus, le caractère social prononcé de l'assurance maladie rend malaisé toute tentative d'investigation pour fraude. Passées au crible, les demandes de remboursement des assurés peuvent enfin faire l'objet de règlement.

## **Section 3 : Le règlement de sinistre en assurance complémentaire santé**

En assurance complémentaire santé, le règlement s'exprime en pourcentage de la base de remboursement du régime de base. Le règlement répond généralement au principe indemnitaire mais se singularise par son mode de calcul.

### **Paragraphe 1 : Le principe indemnitaire en assurance complémentaire santé**

On a coutume d'opposer les assurances de dommages qui sont gérées selon la technique de répartition, aux assurances de personnes gérées en capitalisation. Les assurances de dommages garantissent les pertes ou détériorations subies par les biens ou

---

Les jeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré. Quant aux assurances de personnes, ce sont : « les assurances qui ont pour but de garantir la personne dans son intégrité physique, dans l'éventualité d'un décès ou dans ses chances de survie »<sup>40</sup>.

Classiquement, les assurances dommages sont gérées par la technique de répartition et les assurances de personnes par la technique de capitalisation. La répartition signifie que les assurés sont constitués en une mutualité où, les primes de l'ensemble des assurés servent à indemniser les assurés sinistrés. La capitalisation quant à elle revient à isoler la prime de chaque assuré et à les capitaliser selon la méthode des intérêts composés. Il n'y a donc pas de véritable mutualisation des risques.

De ces explications, il apparaît clairement que, l'assurance maladie est une assurance de personnes. Ce qui peut alors surprendre ce qu'elle soit gérée en répartition. Cette particularité fait de l'assurance maladie une assurance sui generis.

Gérée en répartition, l'assurance maladie obéit au principe indemnitaire qui est un principe fondamental en assurance. Il énonce que, l'assuré ne peut recevoir une indemnité supérieure au montant du dommage qu'il a subi. L'assurance ne doit viser qu'à rendre autant que possible l'assuré dans l'état où il était avant le sinistre. L'assuré ne peut donc pas, du fait de l'assurance, se trouver dans une situation meilleure à celle qui aurait été la sienne si le sinistre ne s'était pas produit. Ce principe est consacré par l'article 31 du Code CIMA.

On pourrait penser que le fait de disposer de deux couvertures d'assurance (couverture de base plus couverture complémentaire santé) conduirait l'assuré à voir son patrimoine enrichi et donc déroger au sacro-saint principe indemnitaire. Il n'en est rien en assurance complémentaire santé, l'ensemble des prestations reçus de part et d'autre par l'assuré ne peut dépasser les frais réellement engagés.

Si le principe indemnitaire est de rigueur en assurance complémentaire santé, il souffre de quelques exceptions.

Certaines prestations supplémentaires commercialisées au titre de la complémentaire santé prévoient des garanties forfaitaires fixées à la souscription du contrat et tenant compte des revenus de l'assuré. C'est le cas de la garantie invalidité permanente

---

<sup>40</sup> J.L FOADING, Cours d'assurance des personnes, IIA, 2013.

et de la garantie incapacité temporaire. Il en est de même des forfaits journaliers en cas d'hospitalisation.

L'originalité de l'assurance complémentaire santé par rapport à l'assurance maladie classique se révèle davantage dans la méthode de détermination du montant de l'indemnité.

## **Paragraphe 2 : Le calcul du remboursement en complémentaire santé**

Le remboursement dû au titre de l'assurance complémentaire santé est toujours exprimé en pourcentage de la base de remboursement du régime de couverture de base. Une série de cas pratiques nous permettra de mieux illustrer nos propos.

Soit un assuré, couvert par la CUS, titulaire d'une assurance complémentaire qui débourse la somme de 5 000F CFA auprès d'un médecin libéral (médecin non conventionné pas la CUS) correspondant aux honoraires de consultation de celui-ci. En considérant que la CUS ne rembourse que 70% de la base de remboursement et que les médecins conventionnés pratiquent un tarif de 2 200F CFA par consultation. Déterminer respectivement le montant du remboursement dû d'une part par la CUS puis d'autre part au titre de la complémentaire santé en fonction du niveau de couverture de l'assuré.

### ➤ **Détermination du montant du remboursement de la CUS**

**Montant exposé par l'assuré : 5 000 F CFA**  
**Tarif de base de la CUS : 2 200 F CFA**  
**Base de remboursement : 2 200 F CFA**  
**Taux de couverture de la CUS : 70%**  
**Montant du remboursement de la CUS/N :  $2\,200\text{ F CFA} * 70\% = 1\,540\text{ F CFA}$**

Déterminons le montant du remboursement versé par la complémentaire santé de cet assuré selon qu'il dispose d'un remboursement à 100%, 200% ou 300% des frais engagés.

### ➤ **Cas d'un remboursement à 100% de la base de remboursement de la CUS :**

Un remboursement à 100% signifie que la complémentaire santé rembourse 100% du tarif de base en l'occurrence des honoraires de consultation d'un médecin. Cette base de remboursement ne fait que rembourser le ticket modérateur.

**100% du tarif de la CUS :  $2200 * 1 = 2\,200$  F CFA**

**Ticket modérateur :  $2\,200$  F CFA –  $1\,540$  F CFA =  $660$  F CFA.**

**Montant remboursement de la complémentaire :  $660$  F CFA**

**Restant à la charge de l'assuré :  $5\,000 - 1\,540 - 660 = 2\,800$  FCFA**

➤ **Cas d'un remboursement à 200% de la base de remboursement de la CUS**

Un remboursement à 200% signifie que la complémentaire santé rembourse 200% du tarif de base en l'occurrence des honoraires de consultation d'un médecin.

**200% du tarif de la CUS :  $2 * 2\,200 = 4\,400$  F CFA**

**Remboursement complémentaire santé :  $4\,400 - 1\,540 = 2\,860$  F CFA**

**Restant à la charge de l'assuré :  $5\,000 - 1\,540 - 2\,860 = 600$  F CFA**

➤ **Cas d'un remboursement à 300% de la base de remboursement de la CUS**

Un remboursement à 300% signifie que la complémentaire santé rembourse 300% du tarif de base de la CUS.

**300% du tarif de la CUS :  $3 * 2\,200 = 6\,600$  F CFA**

**Remboursement complémentaire santé :  $6\,600 - 1\,540 = 4\,460$  F CFA**

**Restant à la charge de l'assuré :  $6\,000 - 1\,540 - 4\,460 = 0$  F CFA**

## CONCLUSION

La situation sanitaire actuelle du Niger n'est pas très reluisante et cela en dépit des énormes efforts consentis dans ce domaine ces dix (10) dernières années tant, de la part de l'État nigérien que de ses partenaires extérieurs.

Par ailleurs, le système de santé nigérien est également marqué par la multitude et la diversité des acteurs intervenants dans ce domaine. Ce qui nuit à la qualité des prestations fournies aux patients.

Dans des telles conditions, la couverture universelle santé actuellement en phase de réflexion se fait désirer.

La couverture universelle santé n'est pas encore effective au Niger. Il est même à craindre qu'elle ne le soit pas dans un proche avenir. Mais, ce constat n'enlève rien à la pertinence de ce thème. En effet, comme toute activité l'assurance maladie a besoin de scruter de nouveaux horizons pour pleinement jouer son rôle à la fois social en offrant des garanties maladie adaptées aux assurés mais surtout en temps que branche à part entière d'une compagnie d'assurance IARD.

En attendant l'effectivité de cette couverture, l'assurance maladie peine à remplir efficacement son rôle et se voit souvent relégué au rang de produit d'appel pour les raisons évoquées plus haut.

A la question de savoir ce qu'il adviendra de l'assurance maladie avec l'instauration de la CUS/N, la seule alternative consiste à se tourner vers l'assurance complémentaire santé.

Comme nous avons tenté de le démontrer, la couverture universelle santé représente l'avenir de l'assurance maladie grâce à la possibilité qu'elle offre de développer des garanties complémentaires santé. C'est pourquoi, les assureurs se doivent de participer activement à la mise en place de cette réforme.

Au-delà de nos motivations personnelles pour ce thème, le sujet mérite d'être traité avec intérêt par les assureurs, tant les enjeux sont importants pour l'avenir de la profession. Par conséquent, une approche longitudinale du problème à l'échelle de la CIMA, doit être envisagée.

---

Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **RÉFÉRENCES LÉGALES ET RÉGLEMENTAIRES**

- Arrêté N°183 MSP/SG/DEP/DF du 26 Avril 2013 portant création, missions, composition et fonctionnement d'un comité technique chargé de réfléchir sur la Couverture Universelle en Santé au Niger ;
- Code CIMA, nouvelle édition, 2009 ;
- Code Pénal, Loi N° 2003-025 du 13 juin 2003 modifiant la loi N° 61-27 du 15 juillet 1961, portant institution du Code Pénal, Journal Officiel spécial N° 4 du 7 avril 2004) ;
- Ndoye, D. *Code CIMA : l'assurance dans les pays membres de la CIMA : les textes annotés*. Éditions juridiques africaines, 2007 ;
- Ordonnance n°96-039 du 29 juin 1996 portant Code du travail du Niger ;
- Statuts du Comité des assureurs du Niger du 19 Septembre 1995.

### **LIVRES / THÈSES**

- Carrin, G., James, C., & Evans, D. (2006). Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement. *Dussault G, Fournier P, Letourmy A (eds.)*, pp.149 ;
- Dupré, M. (2011). 19. Quelles alternatives au financement direct de la santé dans les pays à faible revenu ? Le cas des mutuelles de santé au Sénégal. *Hors collection*, 273-288 ;
- OUSSEINI, Abdoulaye. *Une politique publique de santé au Niger : La mise en place d'exemptions de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*. Niamey : LASDEL, 2011. p 60 ;

### **ARTICLE ET REVUE**

- Carrin, G. (2002). L'assurance sociale maladie dans les pays en développement : un défi permanent. *Revue internationale de sécurité sociale*, 55(2), 14 pages.
- Dror D., & Jacquier, C. (1999). Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus. *Revue internationale de sécurité sociale*, 52(1), p. 87-119.

- HAROUNA YACOUBA DJIMBA, Le système de santé au Niger République du Niger, Ministère de la santé Publique, 2012, pp. 38 ;
- MARCHILDON, Allison. La responsabilité sociale des entreprises. *Responsabilité Sociale d'Entreprise et Finance Responsable : Quels Enjeux?*, 2004, p. 25.
- Programme Stratégies, techniques contre l'exclusion sociale, & la pauvreté. (2002). *Micro-assurance santé : guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique*. International Labour Organization.

### COURS / MÉMOIRES / RAPPORT

- ALI SOFFO Ibrahima. La gestion de l'Assurance maladie dans la zone CIMA : Cas de la CAREN. MST-A 9<sup>ème</sup> promotion. Institut International des Assurances, Yaoundé, 2010 ;
- Chabi Paulin DOSSOUMOU, L'assurance maladie universelle face à la problématique de la gestion du risque maladie en zone CIMA : cas du Bénin, DESS-A, Institut International des Assurances, Yaoundé, 2012, 90 pages ;
- Hélène CLEMENT SALAVERA, la sélection des risques en prévoyance individuelle : comment concilier le point de vue des assureurs et des consommateurs ? des innovations sont-elles possibles ? MBA Enass 2010-2012, 164 pages.
- J.L FOADING, Cours d'assurance des personnes, IIA, 2013, 158 pages.
- Johan KANCEL, l'assurance maladie et les organismes complémentaires : vers une co-régulation du système de santé ? MBA Enass 2010-2012, 77 pages ;
- Konan Eugène KOUADIO, Cours de Généralités et bases techniques de l'assurance, Institut International des Assurances, 100 pages, Mars 2013 ;

### ENTRETIENS

- *Abdou Galo Karimou*, Manager de la santé de la reproduction, Direction des Études et de la Programmation, Ministère de Santé, République du Niger, Juin, Juillet, 2014 ;
- *Moussa Boureima Adamou*, Chef Service maladie UGAN-IARD, représentant des assureurs à l'atelier de validation des travaux du comité de réflexion sur la CUS/N, Mai, Juin, Juillet, Août, 2014 ;

- **Soumana Boubacar**, médecin à la CNSS du Niger, représentant de la CNSS au Comité de réflexion sur la CUS/N ;
- Directrice de l'action sociale – CNSS Niger, Juin, 2014

### SITES INTERNET ET BLOGS

- Le portail des ministères économiques et financiers, L'assurance complémentaire santé, [en ligne] <http://www.economie.gouv.fr/dgccrf/Publications/Vie-pratique/Fiches-pratiques/Assurance-complementaire-sante> [page consultée le 10/07/2014 18:10:32] ;
- Journal le monde, l'assurance maladie : près de 150 millions d'Euros de fraude à l'assurance maladie. [En ligne]. <http://www.lemonde.fr> [Consulté le 18/09/2014].
- L'ARGUS DE L'ASSURANCE, Fonds CMU – Complémentaires santé – Chiffre d'affaires : Les assureurs grignotent les positions des mutuelles. [En ligne]. <http://www.argusdelassurance.com>. [Consulté le 27/08/2014].
- Moreau Jean-Pierre. L'assurance privée dans la couverture du risque maladie. In : Revue d'économie financière. N°34, 1995. Le financement de la santé. pp. 189-195. [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi\\_0987\\_3368\\_1995\\_num\\_34\\_3\\_2198](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987_3368_1995_num_34_3_2198) [page consultée le 13/06/2014] ;
- OMS, Financement de la santé et couverture universelle, [en ligne] [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/). [page consultée le 14/08/2014] ;

### CONFÉRENCES ET SÉMINAIRES

- H. TCHIBOZO, *L'assurance Maladie Universelle : Mise en place en Afrique francophone, séminaire tenu à Cotonou le 6 juillet 2011 à l'attention des Directions Nationales du Contrôle des Assurances en marge de conseil d'administration de l'IA.*

## ANNEXES

### Annexe N° 1 : Exemple de guide d'entretien.

Identité enquêteur :

**M. IDRISSA AMADOU Hama**, Étudiant en DESS-  
Assurance, Institut International des Assurances, Yaoundé/  
Cameroun.

Thème de recherche :

L'assurance maladie en contexte de couverture universelle  
santé : cas du Niger.

#### Cordonnées principales personne ressource

Nom :

Prénom :

Fonction :

Contacts :

#### Questionnaire

1. Qu'est-ce que la  
couverture universelle  
santé ?

2. Contexte et date  
de début de la  
réflexion sur la  
CUS/N ?

3. Comment va s'effectuer le processus de transition entre le système actuel et la CUS/N ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Les sources de financement ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Le nombre de mutuel de santé au Niger ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Quel rôle les assureurs devraient-ils jouer à terme dans la CUS ?

.....

.....

.....

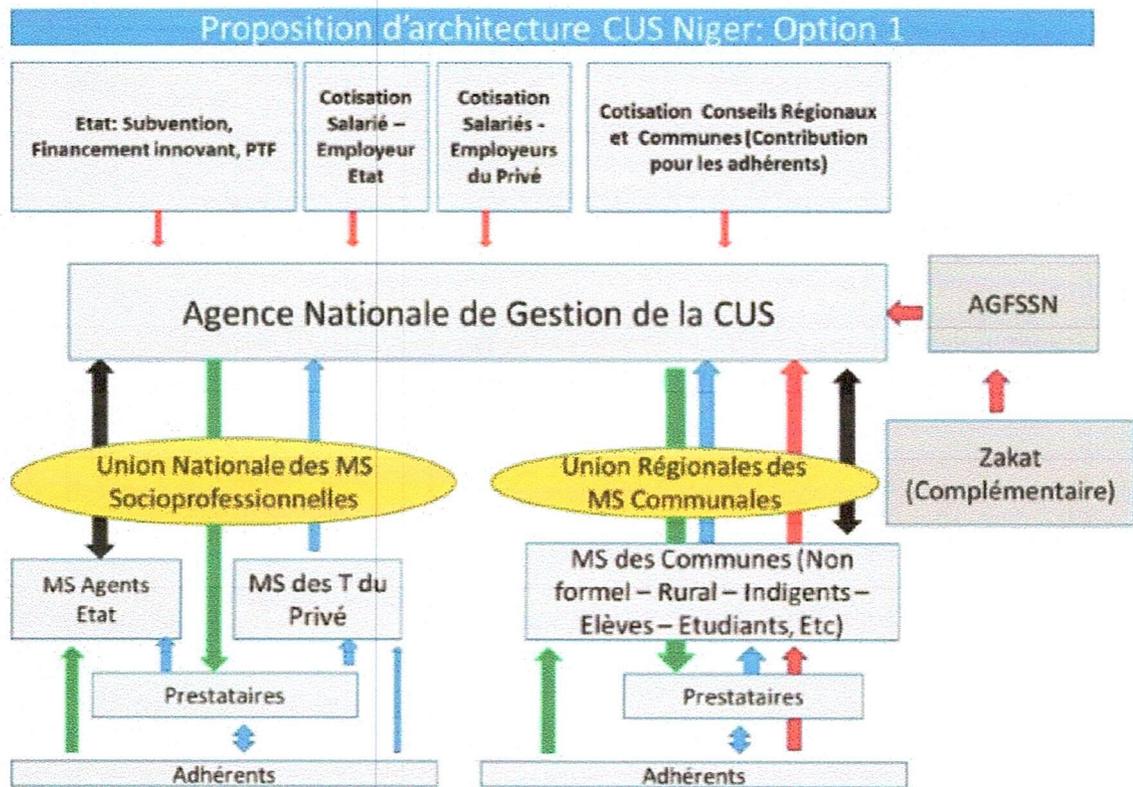
.....

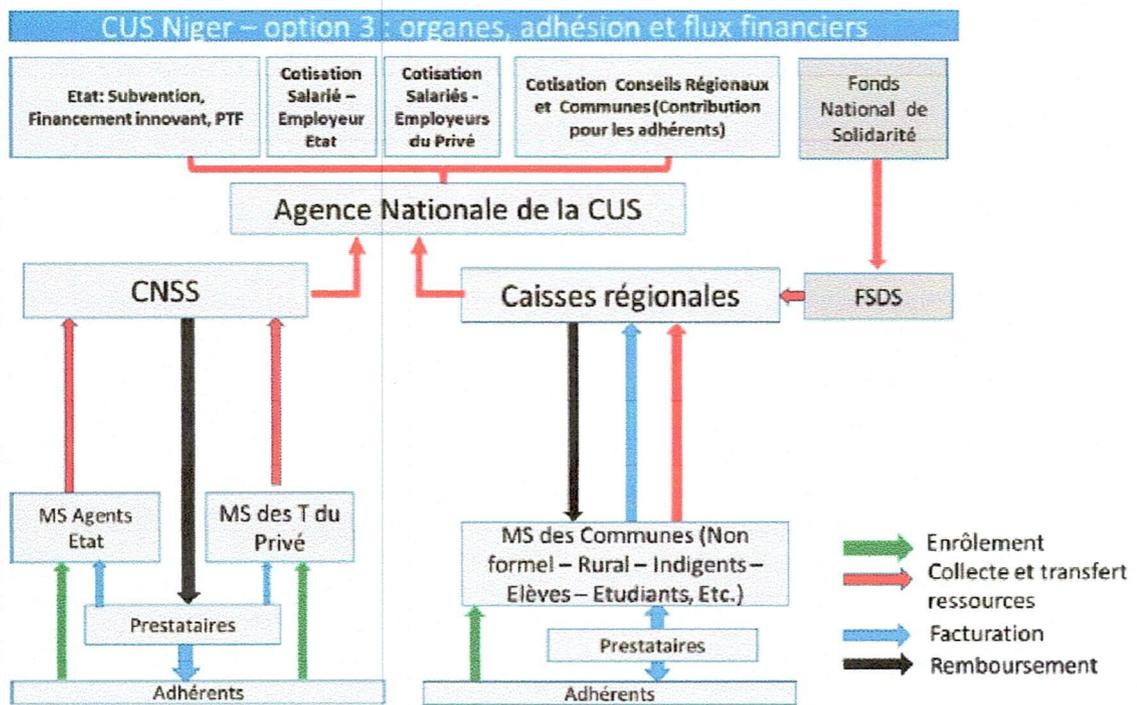
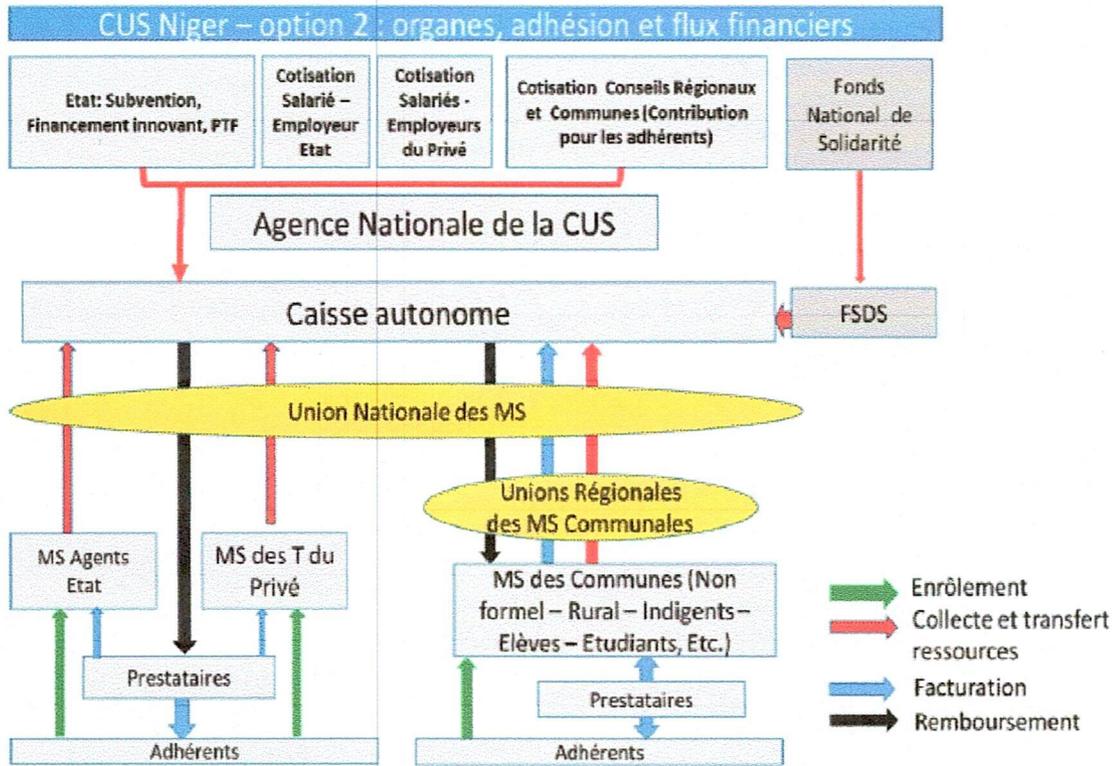
.....

.....

.....

ANNEXE N°2 : Architectures des différents options de la Couverture Universelle Santé au Niger.





Les enjeux d'une couverture universelle santé pour l'assurance maladie : cas du Niger.

Annexe N°3 : Schématisation de la prise en charge par les deux niveaux de couverture.

Dépenses réelles	Dépassements	Dépassements	Assuré (montant restant éventuellement à sa charge)
			Complémentaire Santé (en fonction du niveau de garanties)
	Base de remboursement	Ticket modérateur	Assuré
		Franchise ou participation forfaitaire	
	Montant du remboursement de la Couverture Universelle Santé	Couverture Universelle Santé	

## TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
GLOSSAIRE DE L'ETUDE.....	vi
RESUME.....	viii
ABSTRACT.....	ix
SOMMAIRE.....	x
AVANT-PROPOS.....	xi
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : VERS UNE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ AU NIGER.....	3
Chapitre 1 : La Couverture du risque santé actuelle au Niger.....	4
Section 1 : Acteurs et niveaux de couverture santé au Niger.....	4
Paragraphe 1 : Les acteurs de la couverture santé au Niger.....	4
A. Les acteurs de la santé publique.....	4
1. L'ÉTAT : les structures sanitaires publiques.....	4
2. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale.....	8
B. Les acteurs non étatiques de la couverture du risque santé au Niger.....	9
1. Les prestataires privés du domaine de la santé.....	10
2. L'assurance maladie privée.....	10
3. Les mutuelles de santé.....	13
4. Les partenaires techniques et financiers.....	14
5. La médecine Traditionnelle.....	14
Paragraphe 2 : Le niveau de couverture du risque santé.....	15
A. Les travailleurs du secteur formel.....	15
1. Les employés des organismes internationaux, des organisations non gouvernementales et de certaines entreprises privées.....	15
2. Les fonctionnaires de l'État.....	17
3. Les travailleurs du secteur privé affiliés à la CNSS.....	17
4. Les travailleurs du secteur parapublic :.....	17
B. Les travailleurs du secteur informel et les populations du monde rural.....	18
Section 2 : Appréciation de la couverture santé du Niger.....	18
Paragraphe 1 : Forces et faiblesses du système de santé du Niger.....	18
A. Les forces.....	19
B. Les faiblesses.....	20
Paragraphe 2 : Les menaces et opportunités du système de santé du Niger.....	20
A. Les menaces.....	20
B. Les opportunités.....	20
Chapitre 2 : Gestation d'une couverture universelle santé au Niger.....	22
Section 1 : Définition du concept et modèles de Couverture Universelle Santé.....	22
Paragraphe 1 : Définition du concept de couverture universelle santé.....	22

Paragraphe 2 : Quelques modèles de couverture universelle santé .....	23
A. Le système britannique .....	24
B. La couverture universelle santé en France .....	24
C. La couverture Universelle Santé au Gabon .....	25
D. L'Assurance Nationale de Santé au Ghana .....	26
Section 2 : Organisation et processus de mise en place de la couverture universelle santé au Niger .....	27
Paragraphe 1 : Les organes de la mise en place de la couverture universelle santé .....	27
A. Le comité technique de réflexion sur la couverture universelle santé au Niger .....	27
1. Les missions du comité technique.....	28
2. La composition du comité technique .....	28
3. Le fonctionnement du comité technique.....	28
B. Le rôle des assureurs dans la mise en place de la CUS/N .....	29
1. La responsabilité sociale des assureurs .....	29
2. Le rôle du comité des assureurs du Niger.....	31
3. L'expertise des assureurs maladie privée dans la couverture de risque maladie.....	32
Paragraphe 2 : Processus et choix stratégiques pour la mise en œuvre de la Couverture Universelle Santé au Niger .....	34
A. Rappel du Contexte de la CUS/N .....	34
1. Au plan international .....	34
2. Au plan africain .....	35
3. Au plan National .....	35
B. Les choix stratégiques pour l'architecture de la CUS/N.....	36
1. Les différentes options de l'architecture de la CUS/N.....	36
2. L'architecture de la CUS/N retenue à ce jour .....	37
 DEUXIÈME PARTIE : L'ASSURANCE MALADIE PRIVÉE DANS UN CONTEXTE DE COUVERTURE UNIVERSELLE SANTÉ .....	 41
Chapitre 1 : De l'offre d'assurance maladie dans un contexte de couverture universelle santé .....	42
Section 1 : La nécessité d'évoluer vers une offre d'assurance complémentaire santé .....	42
Paragraphe 1 : L'assurance complémentaire santé .....	43
A. Définition du concept et mécanisme de l'assurance complémentaire santé .....	43
B. Les garanties complémentaires .....	44
1. Nature des frais de soins couverts .....	44
2. Les prestations complémentaires .....	44
3. Prestations supplémentaires.....	45
4. Le niveau de couverture de la complémentaire santé.....	45
Paragraphe 2 : Le maintien de l'assurance maladie classique .....	46
Section 2 : Commercialisation de l'assurance complémentaire santé .....	47
Paragraphe 1 : Les préalables à la commercialisation de l'assurance complémentaire santé... 47	
A. L'adoption d'une loi sur l'assurance complémentaire santé .....	47
B. La défiscalisation des contrats d'assurance complémentaire santé .....	49
Paragraphe 2 : La segmentation de la clientèle en assurance complémentaire santé..... 49	
A. Les contrats d'assurance complémentaire santé individuelle .....	50
B. Complémentaire santé groupe.....	51
C. Complémentaire santé individuel ou complémentaire groupe ?.....	51
Chapitre 2 : Production et gestion de sinistres en assurance complémentaire santé.....	53
Section1 : La production en assurance complémentaire santé.....	53
Paragraphe 1 : La tarification en assurance complémentaire santé .....	53
Paragraphe 2 : La gestion du risque humain en assurance complémentaire santé.....	55

A. Anti-sélection et aléa moral en assurance complémentaire santé .....	55
1. L'anti-sélection en assurance complémentaire santé.....	55
2. Aléa moral en assurance complémentaire santé.....	55
B. Les techniques de prévention et de maîtrise du risque humain en assurance complémentaire santé.....	56
1. La franchise en assurance complémentaire santé.....	56
2. Le système de réduction/majoration en Assurance complémentaire santé.....	57
Section 2 : La surveillance du portefeuille assurance complémentaire santé.....	58
Paragraphe 1 : Les mesures de surveillance du portefeuille assurance complémentaire santé.	58
Paragraphe 2 : la fraude à la complémentaire santé : Manifestations et répression.....	59
A. Les manifestations de la fraude à l'assurance complémentaire santé.....	59
B. Répression de la fraude à l'assurance complémentaire santé.....	61
Section 3 : Le règlement de sinistre en assurance complémentaire santé.....	61
Paragraphe 1 : Le principe indemnitaire en assurance complémentaire santé.....	61
Paragraphe 2 : Le calcul du remboursement en complémentaire santé .....	63
CONCLUSION.....	65
BIBLIOGRAPHIE .....	66
ANNEXES.....	69
TABLE DES MATIERES .....	74

