

Concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé en Afrique
Un programme appuyé par WSM, ANMC, BIT/STEP, GTZ, PHRplus, AIM, RAMUS, UNMS, MFP, MGEN et AWARE/RH

Suivi du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest et du centre

Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique Rapport du Niger

Novembre 2003

Mme Konaté Roukayatou

Avec la collaboration de

Mr Midou Kailou Point Focal Concertation /Niger

Avant propos

Le développement des mutuelles de santé est un sujet d'une importance capitale dans le contexte notamment de la mobilisation de plusieurs types de structures qui interviennent dans le secteur. Il est en effet important que ce développement se mesure régulièrement pour apprécier la contribution effective du mouvement à l'accès aux soins de santé de qualité pour les populations, particulièrement celles qui n'ont aucune forme de protection dans le domaine de la santé.

Depuis quelques années, les populations sont de plus en plus informées de cette alternative qui leur permet, par une organisation propre, à garantir leur propre prise en charge des soins de santé. Aussi, des innovations sont apportées dans les approches et stratégies pour mettre en oeuvre ces programmes. Des partenariats se nouent et les autorités étatiques sont de plus en plus intéressées à accompagner de telles initiatives.

La concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique est entre autre un réseau de partage d'informations et expériences sur les mutuelles. Une de ses principales activités est le suivi du développement des mutuelles de santé. Par des études de cas, des inventaires, recueil et diffusion des pratiques, la Concertation se positionne notamment comme un observatoire utile au mouvement mutualiste, à ses partenaires et structures d'appui. Les informations éditées du *système de suivi du développement des mutuelles de santé* sont compilées et diffusées tous les trois ans.

Ce document présente les principaux résultats du deuxième inventaire réalisé par la Concertation en 2003 au Bénin (les résultats du premier inventaire [2000]). L'enquête elle-même contient plus de 568 variables autour de 67 questions. La base de données complète des mutuelles de santé inventoriées est disponible sur demande à la Concertation.

Il est évident qu'un tel travail a le mérite, à côté d'autres initiatives, de participer à la compréhension du comportement des mutuelles de santé. On se rend compte, après lecture de ce rapport, de l'évidence qu'il y a encore beaucoup de travail à faire auprès de mutuelles. La Concertation encourage les acteurs nationaux à étudier les modalités d'un système d'information systématique sur les mutuelles pour en faciliter la compilation.

La Concertation se félicite de la contribution à ses travaux d'un grand nombre de partenaires. Elle tient à exprimer sa sincère gratitude :

- aux chercheurs et enquêteurs qui ont réussi à collecter cette masse importante d'informations dans des conditions difficiles ;
- aux organisations qui ont co-financé la réalisation de l'inventaire ;
- aux points focaux qui ont encadré l'activité dans les pays ;
- aux promoteurs de la Concertation qui ont financé et accompagné techniquement tout le processus ;
- aux mutuelles de santé et autres systèmes d'assurance maladie qui se sont prêtés volontiers à l'enquête.

La Concertation est la concrétisation d'une des principales recommandations de l'atelier organisé à Abidjan en juin 1998, sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé. Ses activités ont démarré en avril 1999 et concernent : (i) l'animation d'un site internet (www.concertation.org), (ii) la diffusion d'une lettre d'information le «*Courrier de la Concertation*», (iii) le suivi du développement des mutuelles (synthèse tous les trois ans), et (iv) l'organisation d'ateliers thématiques tous les deux ans.

Les activités de la Concertation touchent 11 pays africains : Sénégal, Bénin, Burkina Faso, Guinée, Tchad, Togo, Cameroun, Mauritanie, Côte d'Ivoire, Mali et Niger. Plusieurs autres pays africains, notamment central et anglophone souhaitent intégrer le réseau. La Concertation est également partenaire de plusieurs organisations nationales et internationales.

Dans chaque pays, un point focal joue un rôle clé dans le fonctionnement en facilitant la communication avec la Cellule de coordination des activités et en servant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux. Des cadres nationaux de concertation sont également mis en place.

La Concertation

Les publications de la Concertation sont disponibles gratuitement pour tout acteur intéressé par le développement des mutuelles de santé en Afrique. Toutefois, la référence au contenu des documents de la Concertation doit dûment mentionner la source. Les publications éditées par La Concertation n'entraînent pas que tous les promoteurs de l'organisation souscrivent systématiquement aux propos contenus dans l'ouvrage. Toute demande de reproduction ou de traduction devra être adressée à :

La Concertation,
BP 414, Dakar - Fann
Sénégal

© La Concertation sur les mutuelles de santé en Afrique
Mars 2004

Sommaire

I – CONTEXTE GÉNÉRAL DU NIGER.....	4
I – 1 Situation socio-économiques	4
I – 2- Système et situation sanitaire	5
I.2.1. Politique nationale de santé et sécurité sociale	5
I.2.2. Indicateurs sanitaires.....	9
I.2.3 Les prestataires de soins.....	10
II - Protection sociale en matière de santé.....	11
III. Autres formes de prise en charge communautaire des soins de santé.....	12
III-1 Déclaration SSP	12
III-2 Programme Spécial du président de la république.....	12
IV - Répertoire des systèmes fonctionnelles, en gestation et projets	14
IV.1. Liste des mutuelles fonctionnelles	14
IV.2. Liste des mutuelles en gestation.....	15
IV.4 Répartition des mutuelles selon leurs effectifs, montant des cotisations et leurs dépenses de santé	16
IV.4 Les structures d'appui	16
V - Perspectives et recommandations	16

I – CONTEXTE GÉNÉRAL DU NIGER

I – 1 Situation socio-économiques

Le Niger situé à l'Est de l'Afrique occidentale en zone sahélo- saharienne , couvre une superficie de 1 .267.000 km ² ; Sa population totale est de 10,4 million d'habitants (2001) soit une densité de 8,3 habitants au km ² . Cette population est particulièrement jeune : les jeunes représentent plus de 70 % de la population et plus de la moitié a moins de 15 ans. Les femmes représentent plus de la moitié de la population (52 %). La croissance démographique annuelle oscille entre 2,7 et 3,5 % ce qui fait que la population nigérienne double presque tous les 26 ans.

Le phénomène d'urbanisation va en grandissant. La population urbaine qui était estimée à environ 5 % de la population totale dans les années 60 a atteint 17 % en 1998 et plus de 25 % en l'an 2000.

Le taux brut d'alphabétisation est de 19,9 contre une moyenne africaine de 51 %. Quant au taux brut de scolarisation, il est de 16,05 % au niveau national : il est plus élevé en milieu urbain avec 68 % alors qu'il n'atteint guère 18 % en milieu rural et est plus faible en milieu pastoral. Dans l'ensemble, les garçons sont plus scolarisés que les filles 19,33 % contre 12,69 % en 1999.

L'économie du Niger qui repose essentiellement sur les produits de l'agriculture et de l'élevage, a connu de grandes difficultés financières jusqu'en 1975, date à laquelle le boom de l'uranium a permis de dissiper ces difficultés économiques. Mais à partir de 1980, la chute du prix de l'uranium et les sécheresses qui ont décimé dangereusement les récoltes et le cheptel a considérablement dégradé le pouvoir d'achat du nigérien moyen qui contribue par le paiement des impôts et taxes, à l'amélioration des finances publiques.

Aujourd'hui, le Niger est classé parmi les pays les plus pauvres de la planète avec un PIB par habitant de moins de 260 dollars US par an et un Indice de Développement Humain égal à 0,311 en 1999 ce qui place le Niger au 172^e rang sur 174 pays. Cette pauvreté est perceptible à travers les indicateurs tels que l'espérance de vie à la naissance qui est de 47,8 ans en 2001, largement en deçà de la moyenne africaine qui est de 52 ans. Le taux de mortalité infanto-juvénile est un des plus élevés avec respectivement 303 ‰.

Cette situation de pauvreté se traduit au niveau du secteur de la santé par une faible couverture sanitaire qui se maintenait à 32% jusqu'en 1994, un taux de mortalité maternelle de 7 pour 1000, un taux de mortalité infantile de 123 ‰ et un manque chronique de médicaments pour faire face aux affections les plus courantes. A tout cela, s'ajoutent la mauvaise performance du système de santé, une mauvaise gestion des ressources, l'insuffisance du personnel et leur faible motivation.

I – 2- Système et situation sanitaire

I.2.1. Politique nationale de santé et sécurité sociale

I.2.1.1 - Historique

Au lendemain des indépendances (1960 à 1965), la politique sanitaire au Niger était axée essentiellement sur la médecine individuelle. Les éléments essentiels de cette politique reposaient sur :

- la gratuité des soins,
- la faible participation des communautés à la gestion et au financement des actions de santé,
- la prédominance de la médecine curative
- et la concentration des infrastructures dans les grandes villes et les grandes agglomérations.

En 1962, le décret 62-127 instituait un système de prise en charge des frais d'hospitalisation des fonctionnaires à hauteur de 80%.

De 1965 à 1974, il y a eu une évolution vers la décentralisation intégrant l'aspect curatif et préventif.

La politique du programme triennal 1974-1976 a mis l'accent sur une médecine de masse, préventive et mobile intégrant de façon beaucoup plus claire l'aspect curatif des soins. « L'option fondamentale était que le Niger devrait pratiquer une médecine globale et intégrée, coordonnant les actions préventives, éducatives, curatives et promotionnelles pour toutes les communautés et visant l'auto encadrement sanitaire. ». D'autres parts cette période coïncidant avec le boom de l'uranium, où des investissements importants ont été réalisés dans le secteurs des la santé : construction et équipement de formations sanitaires, formations des ressources humaines, augmentation des capacités techniques de certaines formations sanitaires de référence...

Pour atteindre cet idéal, la politique de l'auto encadrement sanitaire a été développée avec la formation des agents de santé villageoise sur tout le territoire national dans le cadre du projet Amélioration de la Santé Rurale de 1980 à 1986. Afin de renforcer cette option fondamentale, le Niger a souscrit à plusieurs déclarations régionales et internationales. Il s'agit entre autres de :

- la déclaration sur la politique des soins de santé primaires (S.S.P.) tenue à Alma-Ata (en ex U.R.S.S) en 1978 ;
- la déclaration sur le « scénario de développement en trois phases » à travers une décentralisation des services de santé tenue à Lusaka (Zambie) en 1985. Celle-ci décrit le cadre organisationnel pour le développement d'un système de santé basé sur les soins de santé primaires, définissant les trois niveaux (stratégique, tactique, opérationnel).
- l'initiative de Bamako (I.B.) en 1987 ; celle-ci a pour but de redynamiser le système de santé en réorganisant son fonctionnement et en impliquant davantage les populations bénéficiaires dans sa gestion et son fonctionnement.

Pour aller vers la mise en application effective de l'IB, le Niger a organisé des tests de faisabilité du RDC ; les résultats de ces tests ont milité en faveur de sa généralisation (1993 et 1994).

C'est dans ce contexte que fût adoptée la politique sectorielle de santé en 1995 ; celle-ci ayant pour objectif principal d'améliorer de l'état sanitaire et nutritionnel des individus. Les résultats de sa mise en œuvre ont été entre autres :

- l'élaboration et l'adoption de textes dans les domaines suivants : hygiène et assainissement, médicaments,
- L'exercice privé des professions,
- Le recouvrement des coûts des soins de santé,
- L'éducation pour la santé, santé de la reproduction, nutrition, etc ;
- La mise en place effective des districts sanitaires avec une structuration de la participation communautaire et la mise en place des comités de santé.

En dépit de ces réalisations, force est de constater que la majorité des indicateurs de santé n'ont pas significativement changé. C'est ce qui explique l'adoption en mai 2002, d'une nouvelle politique sectorielle de santé 2002-2011 et qui a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population d'ici l'an 2011.

1.2.1.2. Le système de santé actuel au Niger

Depuis 1992, le Niger s'est engagé dans un processus de réforme de son système de santé. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé de 1995 ; le Niger a prévu le développement des services à trois (3) échelons :

Sur le plan administratif

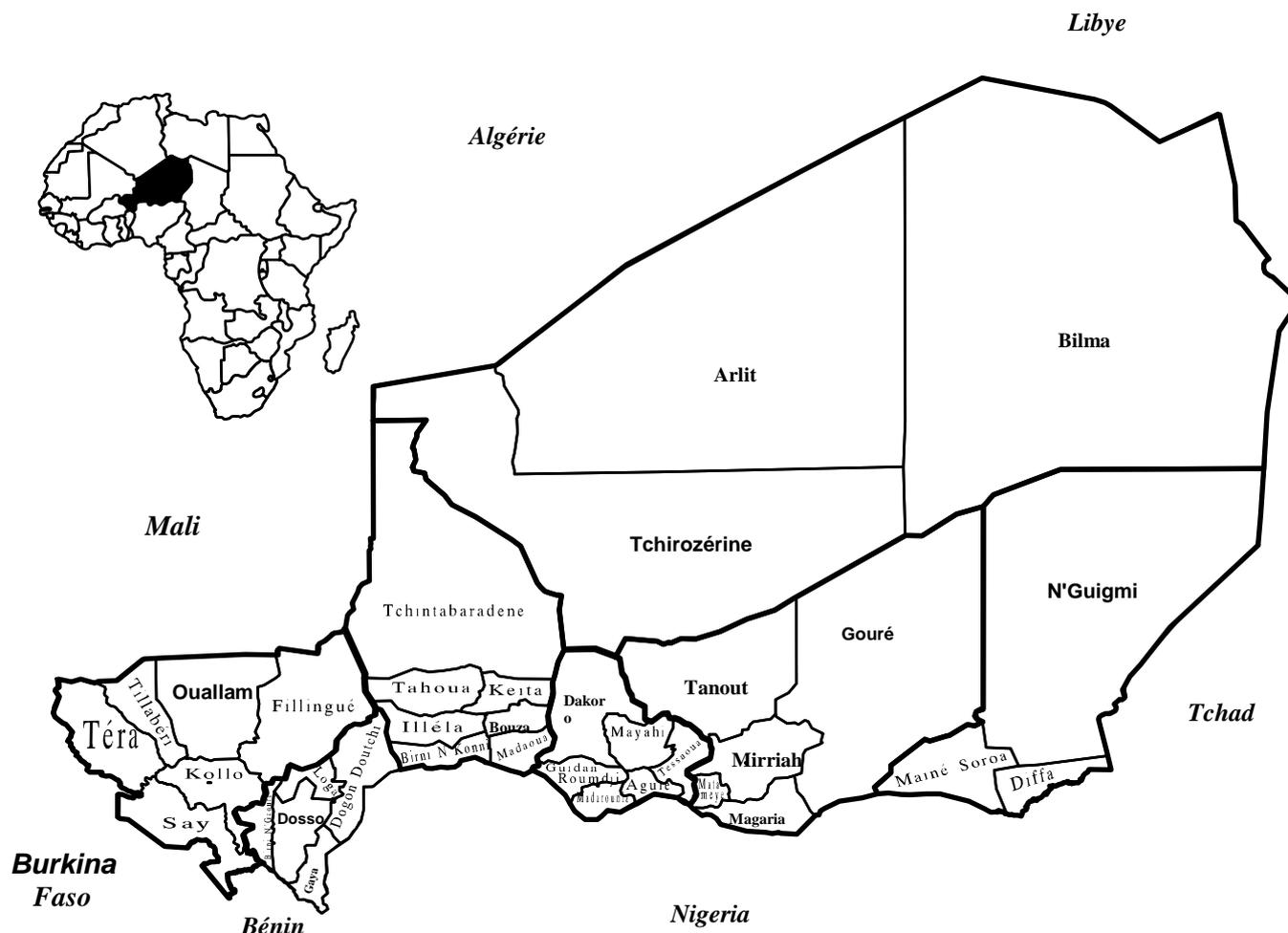
Cette réorganisation est calquée sur le découpage administratif et comprend :

- l'administration centrale constituée par le cabinet du Ministre, l'inspection générale des services, le secrétariat, général, les directions nationales et les organes consultatifs. Outre les orientations politiques, elle donne un appui stratégique aux services déconcentrés.
- le niveau intermédiaire représenté par les services déconcentrés qui comprennent les directions régionales de la santé publique (DRSP), les Directions Départementales de la santé publique (DDSP) et les services communaux de la santé publique (SCSP).

Sur le plan technique

- le premier niveau ou niveau périphérique qui dispense des soins primaires ; il correspond au district sanitaire (DS) avec un hôpital de district (HD) auquel est rattaché un réseau de centres de santé intégrés (CSI) ; il y a aussi des structures communautaires appelées cases de santé et qui assurent la couverture sanitaire dans les zones non couvertes.

Localisation des districts sanitaires du Niger



- Le deuxième niveau ou niveau intermédiaire ou régional, est constitué de centres de référence ; il appuie les équipes cadres de district (ECD) et implique les communautés dans le processus de planification afin de répondre à leurs attentes. Ce sont les centres hospitaliers régionaux (CHR) disposant de services spécialisés pour offrir des soins secondaires et les maternités régionales de référence.
- Le troisième niveau comprend les hôpitaux nationaux, le centre national de recherche en santé de la reproduction (CNRCR), le centre national antituberculeux, le centre anti-lèpre. Toutes ces structures dispensent des soins tertiaires et constituent des centres de référence pour l'ensemble du pays.

Cette organisation prône la décentralisation effective des services de santé et des prestations sanitaires. En effet, les districts et en particulier les CSI sont les terrains privilégiés pour mener les activités des soins primaires accessibles à toute la communauté avec sa pleine participation tout au long du processus.

1.2.1.3. Le Recouvrement des Coûts au Niger

La santé est reconnue comme un droit par la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui stipule en son article 12 que « toute personne a le droit de jouir d'un meilleur état de santé physique et mentale ». Au Niger, la constitution du 9 Août 1999 reconnaît que « chacun a le droit à la vie, à la santé, à la liberté, à la sécurité, à l'intégrité physique et mentale, à l'éducation et à l'instruction dans les conditions définies par la loi »

La question du financement de la santé revêt une importance primordiale et la prise en charge des soins de santé constitue une préoccupation majeure. Cependant, avec la crise économique à laquelle le Niger a été confronté ces dernières années, le financement de ce secteur est devenu un problème crucial. Les crises économiques des années 1980 ont imposé des restrictions drastiques des dépenses publiques dont celles allouées aux secteurs la santé.

La gratuité qui avait longtemps été considérée comme la garantie du principe d'égalité, s'est en effet trouvée remise en cause par la situation de précarité financière des services publics que l'État n'arrivait plus à subventionner suffisamment. En effet, au Niger, « la part du budget de l'État consacrée à la santé sur la période 1995-1999, varie entre 6 et 7% soit une moyenne de 6,4% ». Ce taux est faible par rapport à la norme préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui est de 10%. Ces restrictions ont affecté la qualité des prestations sanitaires.

L'incapacité des services publics à relever ce défi a été le détonateur de la recherche des nouvelles alternatives de financement de la santé. C'est dans ce contexte que les partenaires et les acteurs de la santé se sont mobilisés afin de chercher des solutions au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins. Le recouvrement des coûts des prestations sanitaires a été choisi comme une alternative comme cela la Banque Mondiale l'a recommandé.

A l'instar des autres pays africains, le Niger a choisi le recouvrement partiel des coûts comme une des modalités de financement de la santé. Ce recouvrement est pratiqué au niveau des formations sanitaires périphériques et de l'hôpital de district et consiste à recouvrer partiellement les coûts des prestations selon un tarif fixé par les organes communautaires locaux de gestion conformément aux arrêtés n°0025/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999 et n° 0027/MSP/MF/RE/P du 04 février 1999 portant fixation des tarifs minima et maxima des prestations de soins respectivement au CSI et à l'hôpital de district.

Auparavant, deux réformes ont été entreprises pour servir de cadre opérationnel à la mise en œuvre du recouvrement des coûts :

- Réformes administratives visant à renforcer la capacité de gestion des CSI et des hôpitaux de districts;
- Réforme techniques par la formation des agents en Stratégies Plaintes Traitement (S.P.T.), l'utilisation des M.E.G. et la mise en place des stocks des M.E.G dans les formations sanitaires.

Une enquête sur l'accès aux soins et la qualité des soins a été par la suite diligentée et les résultats ont montré une insatisfaction aussi bien des populations que des intervenants. Le sentiment est désormais largement partagé qu'une grande partie des problèmes vient de l'offre publique de santé. Alors que, pendant longtemps, on imputait les mauvais résultats sanitaires aux comportements des populations (ignorances et manque d'éducation, représentation

populaire erronée voire dangereuse, recours aux thérapeutiques traditionnels et aux guérisseurs, etc.), on s'aperçoit enfin de la mauvaise qualité des prestations dispensées dans les structures.

C'est dans ce contexte que les Ministres africains de la santé, sous l'impulsion de l'OMS et de l'UNICEF, ont adopté par la résolution Afro/RC37/R6, lors de la 37^e session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique en Septembre 1987 à Bamako au Mali, une stratégie dénommée « Initiative de Bamako » (IB). L'objectif de cette stratégie est d'assurer l'accès le plus large aux soins de qualité en faisant participer la population au financement et à la gestion des soins de santé. Entre autres axes, elle a mis l'accent sur l'instauration du recouvrement des coûts engendrés par les activités des soins de santé. En effet, la participation financière de la population aux soins de santé fait partie des conditions nécessaires pour la revitalisation du système de santé. Il y a eu dans le même ordre la proposition d'organiser la fourniture des MEG au prix coûtant majoré d'une marge bénéficiaire permettant la reconstitution des stocks et couvrant des coûts opérationnels locaux comme par exemple les salaires des agents de santé communautaires. Ce concept a été adopté à l'unanimité lors de la même rencontre.

Sous cette impulsion, le gouvernement a, en 1993, affiché une volonté d'aller vers la mise en œuvre effective de l'I.B., avec comme préalable les études de faisabilité et d'acceptabilité sur le recouvrement partiels des coûts afin d'asseoir ses actions sur une base pérenne. Ces tests financés par l'USAID et la Banque Mondiale, avaient pour but de procéder à une recherche opérationnelle ; ils visaient à expérimenter deux systèmes de recouvrement partiel des coûts en soins de santé notamment un système avec un mode de paiement direct et un autre avec un mode indirect ; les résultats serviront à généraliser les activités de cette stratégie sur l'ensemble du pays. Ces tests pilotes ont été menés au niveau de district sanitaire de SAY dans le département de Tillabéry et de celui de Birni N'gaouré dans le département de Dosso de 1993 à 1994.

Dans la même période se sont tenus à Maradi, les travaux préparatoires de la mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP/IB) financés par l'Unicef. Ces travaux ont abouti à la transformation de plusieurs dispensaires ruraux (D.R.) en centres de santé intégrés en vue de réaliser les activités du R.D.C. Le mode de paiement utilisé était le direct.

Les résultats encourageants et forts enrichissants de cette alternative ont milité en faveur de la généralisation du recouvrement partiel des coûts des soins de santé en milieu non hospitalier ; ce système de RDC fut consacré par l'adoption de la loi 95-014 du 3 juillet 1995 et son décret d'application 96-224 du 29 Juin 1996.

En vue de la mise en œuvre du système de RDC, les modalités d'application ont été décrites et que nous développerons au point suivant.

I.2.2. Indicateurs sanitaires

La situation sanitaire du Niger est très préoccupante et cela malgré les changements d'orientation intervenus. Elle est caractérisée par :

- une faible couverture sanitaire (32%)

- des taux de mortalité maternels, infantiles et infanto juvénile des plus élevés du monde (respectivement 7‰, 123‰ et 223 ‰)
- une faible couverture vaccinale (17%)
- une insuffisance des ressources humaines et des équipements avec un déséquilibre entre les zones urbaines (plus nanties) et les zones rurales.

Des maladies à potentiel épidémique comme la rougeole, le choléra et la méningite sévissent régulièrement.

La situation sanitaire est caractérisée par une forte prévalence des maladies nutritionnelles et infectieuses. Les principales causes de consultation sont le paludisme (37 %), les pneumonies (13%), diarrhée et déshydratation (7,69%).

I.2.3 Les prestataires de soins

L'offre de soins est organisée autour des formations sanitaires publiques, parapubliques, privées et traditionnelles.

➤ *Le secteur Public*

IL est structuré à 3 niveaux qui constituent la pyramide sanitaire.

- Le premier niveau qui correspond au district sanitaire (42) avec un hôpital de district auquel est rattaché un réseau de centres de santé intégrés (CSI). Ces derniers constituent la porte de contact entre le patient et le système de santé. Ils réfèrent au niveau de l'hôpital de district. IL y a encore des structures communautaires appelées case de santé qui jouent le rôle de CSI dans certaines zones non couvertes. Ce premier niveau dispense des soins primaires.
- Le deuxième niveau est constitué de centres de référence au niveau des régions. On distingue les centres hospitaliers régionaux (6) et un centre hospitalier communal disposant de services spécialisés pour offrir des soins secondaires et les maternités régionales (3) de référence (Tahoua, Zinder)
- Le troisième niveau comprend les hôpitaux Nationaux : 2 à Niamey, 1 à Zinder auxquels s'ajoutent la Maternité Issaka Gazobi, le Centre National de santé de la reproduction, le Centre national anti-tuberculeux et le Centre anti lèpre. Dispensant des soins tertiaires, ces structures constituent tous les centres de référence pour le pays
 - Le troisième niveau comprend les hôpitaux nationaux à Niamey et à Zinder ; le centre national de recherche en santé de la reproduction (CNRCR), le centre national antituberculeux

➤ *Le secteur parapublic*

Il est représenté par les formations sanitaires militaires et quelques centres de santé intégrés de la caisse nationale de sécurité.

➤ *Le secteur privé*

Il est composé de 3 hôpitaux, de 30 Infirmiers d'entreprise, de 89 salles de soins, 8 centres de santé intégrés, 25 cabinets de soins spécialisés, 13 cliniques, 188 officines de pharmacie et dépôts pharmaceutiques.

➤ *La médecine traditionnelle*

Cette médecine est particulièrement développée en milieu rural et elle connaît un accroissement du fait de l'inaccessibilité financière et économique des coûts de la demande des soins de la médecine moderne.

L'ordonnance portant législation pharmaceutique de 1995 reconnaît l'existence de cette médecine et définit les modalités de son organisation et d'exercice.

II - Protection sociale en matière de santé

L'accès aux soins est devenu depuis quelques décennies une problématique importante aussi bien pour les populations que les pouvoirs publics, les associations les O N G et les organismes de coopération.

Les difficultés financières auxquelles le Niger est confronté dans les années 1980 et dont les principales conséquences ont été :

- la réduction des dépenses publiques allouées au secteur de la santé (Le financement du secteur de la santé de l'État constitue 5 à 6% du budget national)
- la faible proportion de la population bénéficiant de protection maladie
- le développement d'une médecine privée aux coûts onéreux
- la généralisation d'un recouvrement des coûts à option paiement direct par épisode ont eu des répercussions négatives sur la fréquentation des soins de santé.

L'inventaire réalisé en Août 2000 sur les mutuelles de santé a révélé le caractère balbutiant du mouvement mutualiste au Niger.

Ce mouvement mutualiste a encore un impact limité. Les mutuelles identifiées restent essentiellement localisées dans les sociétés et les entreprises, elles manquent d'expériences et la documentation à leur sujet est encore rare. Les différents organismes de développement désireux de les aider ne disposent pas non plus des connaissances techniques leur permettant de leur procurer toutes les assistances requises. Le besoin de pouvoir compter sur les promoteurs

Les expériences récentes au Niger sur la micro assurance santé

- Création d'un comité interministériel pour élaborer les textes juridiques spécifiques à la mutualité de santé au Niger
- Des réunions de validation des textes législatifs et réglementaires sont tenues depuis le mois de mai
- Des négociations sont en cours en l'union des Syndicats des travailleurs (USTN) et le gouvernement en vue de la création d'une mutuelle générale de la fonction publique

- Un comité national de pilotage du projet « Extension de l'assurance volontaire et des mutuelles de santé » dans le cadre du projet Fonds de solidarité Prioritaires (FSP) financé par la coopération Française a été mis en place.
- La tenue du forum national de la concertation à Niamey du 12 au 13 Mars 2003. A la suite de ce forum, un comité de suivi des activités de la concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé au Niger a été mis en place.
- Une étude de faisabilité a été conduite sous la supervision du point focal de la concertation dans le village de Kourfaré en Avril 2003 en vue de la création de la mutuelle de santé dénommée « BONBATOU ». Le rapport de cette étude est disponible.

III. Autres formes de prise en charge communautaire des soins de santé

III-1 Déclaration SSP

Dans l'optique de la recherche d'amélioration continue des soins de santé, le Niger avait adhéré en 1978 à ALMA ATA, à la déclaration sur la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) dont la participation communautaire constitue une des composantes. Pour affirmer son engagement à faire des SSP la principale stratégie du développement sanitaire, un programme national d'auto encadrement sanitaire fut initié en 1980 à travers le projet Amélioration de la Santé Rurale. Ce projet financé par l'USAID, accorde la priorité au milieu rural. Il vise la formation des agents de santé villageois (secouristes et matrones) sur l'ensemble du territoire national et a pour objectif la prise en charge des problèmes de santé en milieu rural par les équipes de santé villageoise sous la supervision des agents des dispensaires ruraux. Le manque de supervision et de motivation des agents de santé communautaires à la suite du retrait du bailleur de fonds en 1986, a mis ce projet dans la léthargie. Cette expérience menée à grands frais n'a pas donné les résultats escomptés comme le témoignent les résultats de son évaluation finale. C'est ce qui a entraîné l'abandon progressif de cette stratégie sans pour autant entrevoir d'autres alternatives et ce jusqu'en 1992.

Malgré la souscription de l'État nigérien à ces déclarations internationales, la forte disproportion entre le coût des médicaments et le revenu de la population a favorisé le recours à la médecine traditionnelle et à l'utilisation des produits non contrôlés et vendus dans des circuits parallèles par des marchands ambulants non agréés. Un tel tableau favorisant le pluralisme thérapeutique exige une réorganisation du système de santé, notamment dans son volet financement.

III-2 Programme Spécial du président de la république

Depuis l'avènement du programme spécial du président de la république, des cases de santé sont construites avec comme personnel des agents de santé communautaires généralement.

Dans le cadre de l'actualisation répertoire des mutuelles de santé commanditée par la concertation entre les acteurs de développement des mutuelles de santé, il nous a semblé indispensable d'explorer l'organisation des cases de santé communautaires.

En effet l'approche dans la mise en œuvre de ces cases est fondée sur une cotisation des habitants de leur l'aire de santé.

Pour chaque case il est demandé une cotisation de 170.000FCFA comme contribution de la population de l'aire de santé de la case, au stock initial de médicaments et un paiement direct de l'utilisateur à l'épisode de maladie.

Cette expérience n'est pas forcément une organisation mutualiste pour le moment mais présente déjà des caractéristiques de solidarité et d'entraide du fait que la cotisation est demandée chez tous les habitants de l'aire de santé de la case indépendamment de leur risque personnel de tomber malade.

Nous pensons que cette expérience doit être inventoriée et rapportée puisqu'elle constitue un fondement pour éventuellement transformer ces organisations communautaires en véritables mutuelles de santé.

Ces organisations communautaires et certainement beaucoup d'autres formes de solidarité et d'entraide sont développées partout à l'intérieur du pays.

IV - Répertoire des systèmes fonctionnelles, en gestation et projets

IV.1. Liste des mutuelles fonctionnelles

	NOM DE LA Mutuelle	Couverture	Types MAS	Cible	Remarques
1	Mutuelle de la Société Nigérienne de Télécoms (SONITEL)	Nationale	Mutuelle de travailleur	Employés Sonitel	Fonctionnelle
2	MUTUELLE NIGERIEENNE MILITAIRE	Nationale	Mutuelle de travailleur	Corps en tenue	A connu quelques difficultés mais fonctionnelle
3	Mutuelle de l'office Nationale des Postes (ONPE)	Nationale	Mutuelle de travailleur	Employés ONPE	Fonctionnelle
4	Mutuelle des Travailleurs de la NIGELEC (MUTAN)	Nationale	Mutuelle de travailleur	Employés Nigelec	Fonctionnelle
5	MUTUELLE DES DOUANES NIGÉRIENNE	Nationale	Mutuelle de travailleur	Douaniers	Fonctionnelle
6	MUTUELLE SNTV	Nationale	Mutuelle de travailleur	Employés SNTV	Fonctionnelle
7	MUTUELLE DE SANTE SEEN	Région Niamey	Comité d'établissement	Employés CUN	Fonctionnelle
8	MUTUELLE SNTN	Nationale	Mutuelle de travailleur	Employés de la SNTN	Fonctionnelle
9	Mutuelle de santé de la SONIDEP	Nationale	Mutuelle de travailleurs	Employés de la SONIDEP	Fonctionnelle
10	Mutuelle de santé de la SNTV	Nationale	Mutuelle des travailleurs	Employés de la SNTV	Fonctionnelle
11	Mutuelle AShit- Jakla	Locale	Mutuelle au sein d'un Groupement	Membres du Groupement	Fonctionnelle
12	Mutuelle de santé Lafiya	Locale	Mutuelle au sein d'un groupement	Membres du Groupement	Fonctionnelle
13	Mutuelle de santé Iwa-Kaï	Locale	Mutuelle au sein d'un groupement	Membres du groupement	Fonctionnelle

IV.2. Liste des mutuelles en gestation

	NOM DE LA Mutuelle	Couverture	Types MAS	Cible	Remarques
1	MUTUELLE DE SANTÉ BANI FONDO	Village de Sargagui /Loga	Mutuelle villageoise	Population de l'entité géographique	Comité d'initiative mis en place
2	HOPITAL NATIONAL	Region de Niamey	Mutuelle de travailleur	Employés de l'hôpital	Plan d'action élaboré
3	MATERNITÉ ISSAKA GAZOBI	Region de Niamey	Mutuelle de travailleur	Employés de la maternité	Plan d'action élaboré
4	Union de Travailleurs Nigérien) USTN	Tout le pays		Travailleurs des syndicats affiliés	Plan d'action élaboré
5	BOMBATOU	Village Kourfaré/Dosso	Mutuelle villageoise	Population de l'entité géographique	Etude de faisabilité réalisée
6	Confédération des Travailleurs du Niger (CDTN)	Tout le pays	Travailleurs des syndicats affiliés		Plan d'action élaboré
7	GROUPEMENT FÉMININ DE NIAMÉ	Village Niamé/ Tillabéry	Mutuelle villageoise	Population de l'entité géographique	Etude de faisabilité en cours
8	ONG POPULATION/DEVELOPPEMENT- AL UMMA/ AQUADEV	5 aires de santé du district sanitaire de Mirria	Mutuelle villageoise	Population de l'entité géographique	
9	Ministère du Développement social	1 village par commune et par région retenu dans le cadre de la promotion de la femme	Mutuelle Villageoise	Population de l'entité géographique	Plan d'action élaboré
10	Syndicat de Médecins Pharmacien, et Dentistes (SYNPHAMED)	Niger	Mutuelle de travailleur	Travailleurs membres du syndicat	Plan d'action élaboré
11	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)	Niger	Mutuelle de travailleur	Travailleurs des entreprises para étatiques	Plan d'action élaboré
12	GASUF (ASSOCIATION DE FEMMES MUSULMANE)	Niamey	Mutuelle de femmes	Femmes membres de l'association	Plan d'action élaboré
13	SYNDICAT AUTONOME DES MAGISTRATS	Niger	Mutuelle de travailleur	Travailleurs membres du syndicat	Plan d'action élaboré

IV.4 Répartition des mutuelles selon leurs effectifs, montant des cotisations et leurs dépenses de santé

Mutuelles	Bénéficiaires	Montant Cotisation	Dépenses de Santé
1 Mutuelle de santé SONIDEP	1085	40.028.000 FCFA	92.648.000 FCFA
2 Mutuelles de santé de l'ONPE	1665	93.194.620 FCFA	93.194.620 FCFA
3 Mutuelle de la société des eaux	4500		
4 Mutuelle « BONBATOU »	1295 (AGC en Nov 20)		
5 Mutuelle des Douanes	1000	6.000.000 FCFA	6.000.000 FCFA
6 Mutuelle de santé de la Nigelec	6.000	188.385.000 FCFA	286.134.399 FCFA
7 Mutuelle Militaire Nigérienne	10.000		
8 Mutuelle de santé de la Sonitel	6824	167.000.000 FCFA	167.000.000 FCFA
9 Mutuelle de santé de la SNTN	3000		
10 Mutuelle de santé de la SNTV	88	13.842.924 FCFA	8.908.373 FCFA
11 Mutuelle ASHit- Jakla	651		
12 Mutuelle de santé Lafiya	600		
13 Mutuelle de santé Iwa- Kaï	700		
TOTAL	38620	508.450.544 FCFA	653.885.392 FCFA

IV.4 Les structures d'appui

Au Niger, les structures d'appui au développement des mutuelles de santé sont encore peu implantées. On distingue 2 agences de coopération (une multilatérale et une bilatérale) :

- le Bureau international de travail (BIT)
- et les Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) français

Il y a aussi quelques ONG et association nationales et internationales qui manifestent de plus en plus un intérêt dans le développement des mutuelles de santé.

V - Perspectives et recommandations

a) Perspectives

L'adoption prochaine du cadre juridique par les autorités Nigériennes et la création d'une cellule d'appui à la création et au développement des mutuelles de santé auprès du Ministère de la santé publique et de la lutte contre les endémies, constituent des avancées majeures pour le mouvement mutualiste Nigérien.

b) Recommandations

Vu le nombre important de projet de création des mutuelles de santé, nous recommandons un appui pour accompagner ces projets jusqu'à leur réalisation.