

Institut International des Assurances
Cycle Supérieur
B. P. 1575 Yaoundé
9^e Promotion

- == -



L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE DANS LES PAYS DE ^{la} C. I. C. A. CAS DU CAMEROUN

Mémoire de Fin d'Etudes en Vue de l'Obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES D'ASSURANCES
(D E S A)

Présenté par :

VOVOR - MAWUPE A. Massanvi

Sous la direction de :

Monsieur PAMSY Albert
Inspecteur des Assurances
Ministère des Finances

JUIN 1990

//-) MES CHERS PARENTS

ET

A TOUS CEUX QUI M'ONT
PERMIS D'ACQUERIR CES CONNAISSANCES.

INTRODUCTION GENERALE

Avant la colonisation les problèmes de la santé étaient réglés en Afrique au moyen de la médecine traditionnelle. C'était la période faste où les tradipraticiens exerçaient librement leur art et ils étaient les seuls garants de la santé des populations. Le coût des dépenses de santé était raisonnable, à la portée de tous.

La période coloniale a été marquée par l'introduction d'une autre civilisation avec des technologies et même une médecine nouvelles. Cette médecine moderne cherchait à sauvegarder les intérêts du colonisateur. Puisqu'elle était supposée la meilleure, le tradipraticien passa alors dans la clandestinité. De plus, elle se limitait aux "Blancs" des grandes villes et à leur main-d'oeuvre indigène.

Le début de l'industrialisation de l'Afrique et la recherche d'une main-d'oeuvre bon marché ont fait naître le phénomène de l'exode rural. Une partie des populations rurales a quitté les campagnes pour s'installer dans les centres urbains pour y trouver du travail. L'Afrique devenait alors de moins en moins autosuffisante, ce qui entraîna entre autre, la malnutrition.

Mais compte-tenu du faible niveau de rémunération, les problèmes de santé pour ces populations étaient de second plan : il fallait se nourrir et se loger d'abord, le reste suivra. Le colonisateur, soucieux de la rentabilité de ses activités et en face d'une main-d'oeuvre abondante, ne se souciait pas non plus de la santé des indigènes ; il les remplaçaient au fur et à mesure.

Cette situation a duré jusqu'à une période récente, la période des Indépendances, où le droit à la santé est reconnu par tous :

.../

- les mentalités ont un peu évolué et les populations s'occupent un peu plus de leur santé ;
- le concept même de la santé a évolué, partant de la simple notion d'absence de maladies ou d'infirmités pour arriver à une considération plus positive : "c'est l'état complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités" (OMS) ;
- les politiques sanitaires ont également commencé à se développer.

La politique sanitaire englobe l'ensemble des décisions prises et ayant pour effet d'accorder une assistance et de protéger de toute manière appropriée, la santé et les capacités du citoyen des dangers qui les menacent, et à les restaurer en cas de maladies ou à les améliorer, à soulager la douleur et les maux, et à remédier aux conséquences d'une maladie.

L'élément essentiel d'une politique sanitaire étant la santé, un bien que les efforts politiques doivent conserver (la maladie étant privation de la santé), les politiques sanitaires dans les pays de la CICA ont pendant longtemps été des politiques de distribution de soins. L'Etat tentait par là d'agir sur les facteurs lourds de la croissance médicale : formation du personnel, investissements publics dans l'organisation hospitalière, recherche médicale dans une certaine mesure.

Aujourd'hui, les politiques sanitaires ont pour grandes lignes le développement de soins de santé primaires avec pour objectif ^{la} santé pour tous d'ici l'an 2000.

Les soins de santé primaires sont des soins essentiels qui se basent sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement fondées et socialement acceptables. Ces soins portent sur les principaux problèmes de santé de la collectivité.

Pour atteindre cet objectif, la médecine curative est doublée d'une médecine préventive : il faut soigner l'homme malade avec tous les moyens dont dispose la technique actuelle, mais il faut aussi soigner l'homme en bonne santé pour diverses raisons, entre autres lui éviter ou décélérer des maladies. Prévenir autant que guérir est devenu l'objectif principal assigné aux

activités de protection de la santé; vaincre la maladie et rendre l'environnement aussi salubre que possible sont les tâches essentielles.

L'accent est donc mis sur l'hygiène publique, première condition de la protection de la santé, dont le rôle préventif comporte la lutte contre l'insalubrité, la lutte contre les maladies transmissibles.

Des actions sont également menées pour la lutte contre les fléaux sociaux comme la drogue, l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la tuberculose.

Une place de choix est aussi réservée à l'assainissement dans les politiques sanitaires, l'objectif principal des soins de santé primaires en matière d'assainissement étant de réaliser l'amélioration de l'état de santé des citoyens.

La santé est donc considérée comme un élément essentiel de la qualité de vie.

En même temps, la médecine moderne fait des progrès considérables qui apportent de nouveaux procédés de diagnostic et de thérapeutique et étendent son champ d'action à de nouvelles affections. Ces progrès ont eu également pour effet la spécialisation croissante du personnel médical, l'emploi d'appareils sophistiqués et donc une hausse poussée du coût des soins médicaux et des dépenses de santé. Mais, sous l'effet de l'aggravation de la crise économique, les budgets publics déjà insuffisants consacrés à la santé ont été réduits.

Les restrictions et l'insuffisance des investissements dans les hôpitaux du secteur public ont abouti à une relative dégradation du service hospitalier : établissements vétustes, insuffisance de personnel et d'équipements, etc... Il fallait se tourner alors vers un secteur privé plus développé, mieux équipé et donc plus cher, ce que ne permet pas le pouvoir d'achat de la population à plus de 75 % rurale dans nos pays.

Il se posait alors un problème : comment se maintenir en bonne santé à un coût raisonnable ? quand le système mis en place par les pouvoirs publics en matière de protection sociale non seulement exclut de nombreuses catégories de la population. (seul les salariés en petit nombre sont assurés) mais en plus est déficient en partie en matière de protection de la santé.

Face à ces difficultés, le développement des assurances privées, tant individuelles que socio-professionnelles est favorisé : l'assurance maladie devient alors un marché potentiel pour les compagnies d'assurance.

En effet, l'assurance maladie a pour principal objectif la réduction des frais médicaux à la charge des assurés et dans une certaine mesure, mettre les prestations médicales à la portée de tous. En cela, elle rejoint l'objectif des politiques sanitaires à savoir la santé pour tous d'ici l'an 2000.

Mais au sein même des compagnies d'assurance, la pratique de cette branche a soulevé un certain nombre de problèmes (faible niveau de souscriptions, absence de produits financiers, fraude des assurés, etc...) qui font qu'aujourd'hui, elle présente des résultats déficitaires comme la branche automobile.

Ensuite les contrats ne répondent pas toujours aux besoins des assurés locaux. Les assureurs africains doivent se pencher sur les besoins spécifiques des Africains. Car les produits actuels de l'assurance maladie sont typiquement occidentaux : seules les prestations servies par le praticien moderne sont prises en compte. Or la médecine traditionnelle est un fait en Afrique où son impact et son importance sont soulignés par tous. Pour d'innombrables hommes, elle est encore de nos jours la seule forme de traitement accessible, non seulement compte-tenu de son coût mais aussi et surtout compte-tenu de sa dimension socio-affective.

C'est dans la mesure où une solution sera trouvée à ces problèmes que l'assurance maladie pourra survivre et se développer en Afrique.

L'étude de l'Avenir de l'assurance maladie dans les pays de la CICA- Cas du Cameroun- se fera en trois chapitres :

- un premier chapitre sera consacré à la protection sociale en matière de santé ;
- les modalités d'intervention du secteur privé des compagnies d'assurance feront l'objet du deuxième chapitre,
- le troisième chapitre présentera les solutions et améliorations susceptibles de favoriser une meilleure intégration et un développement certain de cette branche d'assurance dans les pays de la CICA.

* *

*

/ P R E M I E R C H A P I T R E /

LA PROTECTION SOCIALE EN MATIERE DE LA SANTE DANS
LES PAYS DE LA CICA

L'étendue de la protection sociale en matière de santé, dans les pays de la CICA est liée d'une part à l'étendue de la couverture sanitaire dans ces pays mais aussi au moyen d'exécution de la politique sanitaire.

Cette protection est insuffisante comme le montrera l'exemple du Cameroun ci-après.

SECTION I : LA COUVERTURE SANITAIRE

La couverture sanitaire est hétérogène associant un secteur public et un secteur privé en matière de distribution de soins. Il existe également un secteur pharmaceutique qui présente certaines particularités.

Paragraphe A : LE SECTEUR PUBLIC DE DISTRIBUTION DE SOINS :

Nous verrons successivement les différentes catégories d'établissements qui le composent, le rôle et les objectifs de ces établissements, leur fonctionnement et leur financement, et enfin les insuffisances de ce secteur.

1- LES DIFFERENTES CATEGORIES D'ETABLISSEMENT :

Voir tableau A- en annexe (I. Infrastructure sanitaire-
(1) Etablissements sanitaires).

On distingue d'une part :

- les hôpitaux généraux (2 : Douala et Yaoundé) ;
- les hôpitaux centraux (3 : Douala, Yaoundé et hôpital Jamot à Yaoundé) ;
- les hôpitaux provinciaux (8) ;
- les hôpitaux départementaux (40) ;
- les dispensaires urbains ;

Ces établissements fonctionnent dans le cadre de la médecine hospitalière curative.

On distingue d'autre part :

- les hôpitaux d'arrondissement (140) ;
- les centres de santé développés (281) ;
- les centres de santé élémentaires (528)

qui entrent dans le cadre de la médecine préventive.

Entre ces deux groupes, se situe le Centre hospitalier universitaire (situé à Yaoundé).

Le secteur public comprend par ailleurs des centres de protection maternelles et infantiles (40 centres de PMI départementaux), des maternités et des infirmeries.

2- ROLE ET OBJECTIFS DE CES ETABLISSEMENTS :

Si d'une façon générale, ces établissements sont destinés à la distribution de soins, ils se différencient dans l'exécution de leur tâche.

Comme signalé plus haut, certains de ces établissements ont un rôle curatif, d'autres un rôle préventif. Toutefois certaines précisions sont à apporter.

A l'origine, les hôpitaux étaient des établissements non seulement charitables, mais aussi réservés à une catégorie d'agents. L'extension de la clientèle hospitalière, le progrès médical et thérapeutique, et l'évolution de la nature des maladies ont fait de l'hôpital aujourd'hui un centre de diagnostic et de haute technicité.

Ainsi les hôpitaux se distinguent des dispensaires et des centres de santé :

- au dispensaire, on traitera les maux de façon superficielle ; on cherchera par exemple à faire disparaître la fièvre du patient, le médecin n'ayant pas les moyens d'en rechercher la cause. En cas de persistance de la fièvre, le patient sera transféré dans un hôpital. De plus, l'effectif y est très élémentaire et réduit ;
- à l'hôpital, on va au diagnostic, à l'exploration, à l'analyse afin de déterminer la cause de la maladie et de prescrire un traitement adapté. Pour cela, l'hôpital dispose de plusieurs médecins et services spécialisés.

A l'échelle des petites agglomérations, l'hôpital ne se justifie plus et est substitué par le centre de santé. Les hôpitaux départementaux disposent de quelques services spécialisés.

Le centre hospitalier et universitaire, en plus des attributions des hôpitaux, a pour mission la formation (pratique) de médecins. C'est aussi et surtout un centre de recherche.

Il existe une différence technique entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux centraux, bien que ces deux catégories d'établissements soient les plus performants dans l'organisation sanitaire. En effet les hôpitaux généraux sont très centrés, très spécialisés dans certains domaines tels que grossesse à hauts risques, radiothérapie, etc... et utilisent des instruments très sophistiqués (scanner, bombe au cobalt etc...). Ils sont très axés sur la recherche.

3- FONCTIONNEMENT ET FINANCEMENT :

A part l'hôpital général qui fonctionne comme une entreprise privée, les établissements du secteur public relèvent du Ministère de la Santé Publique et donc de la Fonction Publique et du Contrôle de l'Etat.

En effet, le personnel technique dans ces établissements a un statut de fonctionnaire au même titre que le personnel administratif.

Ces établissements sont financés en grande partie par le budget du Ministère de la Santé Publique et dans une faible mesure par le prix payé par les malades. (Il ne s'agit en fait que d'une participation du malade aux charges de fonctionnement).

Il y a lieu de noter ici qu'une catégorie de la population (qualifiée d'Indigents) bénéficie de la gratuité des soins dans ces établissements.

Les hôpitaux généraux fonctionnent de la même manière que les entreprises du secteur privé avec conseil d'administration et toutes les autres structures. Ils sont financés par le prix payé par les malades en contre-partie des prestations servies. Ils fonctionnent donc avec un budget autonome. Il n'existe pas de subvention de l'Etat. L'essentiel du personnel technique et administratif a un statut de contractuel de la Fonction Publique, le reste, un statut de fonctionnaire, les hôpitaux généraux étant après tout des établissements publics.

4- INSUFFISANCES DU SECTEUR PUBLIC :

Bien que le rôle et les objectifs de ces établissements soient clairement définis, ils présentent des insuffisances. En effet, les moyens dont ils disposent ne sont pas adaptés au besoin, et le budget insuffisant par rapport à la demande. (voir en annexe tableau A, II : Indicateur de la politique de santé).

On note par ailleurs une insuffisance quasi-constante de personnel, d'équipement, d'infrastructure et surtout une absence chronique de produits pharmaceutiques, ONAPHARM, la pharmacie d'Etat chargée d'approvisionner les hôpitaux publics étant trop souvent en rupture de stock.

Face aux insuffisances du secteur public, en matière de distribution de soins, on note l'existence d'un secteur privé ayant les mêmes attributions.

Paragraphe B- LE SECTEUR PRIVE DE DISTRIBUTION DE SOINS :

Il s'agira ici de faire ressortir principalement les avantages et les inconvénients du secteur privé en matière de distribution de soins.

(VOIR en annexe tableau B : I Etablissements sanitaires privés laïcs).

1- AVANTAGES :

Le secteur privé dispense des soins individuels et personnalisés. Il se développe actuellement plus rapidement que le secteur public, pour lequel les malades manifestent de nos jours une désaffection.

Deux caractéristiques justifient l'existence du secteur privé :

.../

1°) attrait pour les clients :

Certains malades aiment le particularisme, les soins individuels. Ils manifestent un refus et même un dédain pour la chose publique, même du point de vue du choix du médecin traitant. Ils sont alors prêts à payer pour ce particularisme.

2°) attrait pour le personnel médical (les médecins) :

Le médecin est attiré par le goût du gain, l'activité de commerce. Il veut bénéficier du profit généré par son activité, ce qui n'est souvent pas possible au sein du secteur public, où se développe parfois un laxisme du personnel technique.

Le moteur de l'action au sein du secteur privé est l'intérêt.

2- LES INCONVENIENTS :

Ils sont évidents.

Le coût des prestations est élevé et en rend l'accès très sélectif. Par ailleurs, le malade devient un objet puisqu'on y discute argent ("Tel acte vaut x francs ; si vous payez on vous soigne !"), ce qui en fait est contraire à l'éthique médicale. En plus, le médecin n'étant tenu qu'à une obligation de moyen, il se soucie moins de la qualité des prestations servies que du revenu monétaire qu'il percevra à la fin ; il ne regarde que "l'argent".

On note également au niveau du secteur privé, une absence de contrôle et le plus souvent une absence de discussion, ces structures ne possédant souvent pas de spécialistes.

Néanmoins, le secteur privé de distribution de soins participe à la mise en oeuvre de la politique sanitaire.

Les obligations du secteur privé sont très strictes : en ce qui concerne le personnel, elles sont moins rigoureuses que celles des hôpitaux publics dans les autres domaines.

Le secteur privé en matière de distribution de soins est financé par les sommes versées par les malades en contrepartie des soins fournis.

Nous venons de voir la situation du secteur public et du secteur privé en matière de distribution de soins. Voyons maintenant quelle est la situation du secteur pharmaceutique dans les pays de la CICA- avec l'exemple du Cameroun.

Paragraphe C- LA SITUATION DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE :

La situation du secteur pharmaceutique est très influencée par la situation économique.

Il est caractérisé par un manque de ressources financières et une absence d'infrastructures adaptées en matière d'acquisition et de distribution des médicaments, ce qui aboutit à des ruptures de stock fréquentes dans le secteur public.

En général, il existe un secteur public et un secteur privé en matière de distribution de médicaments mais avec une importance relative inégale.

Dans le secteur public, on dispose d'une liste limitée de médicaments.

Dans le secteur privé, il existe en général un vaste choix de médicaments. Il n'existe pas d'homologation des médicaments, de sorte qu'on peut importer librement n'importe quel produit. Comme les pharmacies s'approvisionnent principalement auprès des grossistes qui ont le monopole du marché, les prix sont élevés. De plus la plupart des pharmacies sont implantées dans les grandes villes où se trouve concentrée la majorité de la richesse du pays. Ainsi, les médicaments essentiels sont inaccessibles à une grande partie de la population tant pour des raisons géographiques que pour des raisons économiques. (voir en annexe, tableau B : II Répartition des pharmacies par provinces du secteur privé laïc).

Si la stratégie de soins de santé primaires a été adoptée, les systèmes de santé sont encore principalement orientés vers le curatif et plus développés dans les grandes villes, là où se trouve l'essentiel du personnel médical.

Il existe en effet une infrastructure relativement capable d'assurer les services de soins de santé primaires, mais les ressources qui conditionnent l'efficacité des services sont insuffisantes dans tous les domaines.

En ce qui concerne le secteur pharmaceutique, il n'existe pas de politique pharmaceutique visant à assurer l'approvisionnement rationnel en médicaments essentiels, le système de distribution accuse des imperfections et moins de 30 % de la population a un accès régulier à ces médicaments.

Cela explique que la médecine traditionnelle occupe encore une place importante dans le système de couverture sanitaire et soit encore utilisée par la majorité de la population.

Toutefois, il y a lieu de noter que les pouvoirs publics dans nos pays ont mis en place des systèmes de "Sécurité Sociale" comme moyen d'exécution des politiques sanitaires.

SECTION II : LA SECURITE SOCIALE, MOYEN D'EXECUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE DE L'ETAT :

Après avoir présenté le modèle français de sécurité sociale en matière de protection de la santé, nous verrons dans quelle mesure la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) au Cameroun, contribue à l'exécution de la politique sanitaire au Cameroun. Nous verrons également dans cette section les moyens de financement des systèmes de Sécurité Sociale particulièrement au Cameroun et les difficultés rencontrées par ces systèmes.

Paragraphe A- LA PROTECTION DE LA SANTE PAR LA SECURITE SOCIALE : LE MODELE FRANCAIS :

Les prestations servies par la Sécurité Sociale en France peuvent être regroupées en trois grandes branches :

- Assurances sociales : Maladies- Maternité- Invalidité- Vieillesse- Chômage ;
- Assurance familiale: Prestations familiales ;
- Assurance des risques professionnels : Accidents de travail et Maladies professionnelles ;

Concourent à la protection de la santé :

- l'Assurance Maladie, l'assurance Maternité, au titre des assurances sociales ;
- l'Assurance des Risques professionnels.

Les assurances sociales concernent toute la population d'une manière générale, tandis que les assurances des risques professionnels ne concernent que les salariés.

Il s'agira dans ce paragraphe de présenter les buts de la protection de la santé et de décrire les aspects de son fonctionnement.

1- BUTS DE LA PROTECTION DE LA SANTE :

La protection de la santé a non seulement pour but de couvrir les divers frais médicaux et pharmaceutiques, mais aussi de compenser la perte de gain en cas d'arrêt de travail.

La protection maternité a pour but de protéger la grossesse de la mère et le développement de l'enfant dès sa vie utérine, et de mettre la famille en mesure de supporter cette nouvelle charge qui augmente les dépenses (de santé) et prive des gains de revenus.

Les assurances de risques professionnels mettent à l'abri le travailleur et l'indemnisent des dommages inhérents aux risques propres de son travail salarié.

L'assurance maladie permet à l'assuré de bénéficier des soins de toutes sortes sans être freiné par des considérations financières.

2- FONCTIONNEMENT GENERAL DE LA PROTECTION DE LA SANTE :

L'analyse sera faite par branche d'une part en ce qui concerne les prestations en nature et d'autre part pour les prestations en espèces servies par la Sécurité Sociale.

Nous verrons donc le fonctionnement, la nature des prestations, les bénéficiaires, les conditions d'accès aux prestations.

a) Prestations en nature :

Les prestations en nature concernent la couverture par la Sécurité Sociale, au profit de l'assuré ou de ses ayants droits, des frais médicaux, dentaires, pharmaceutiques etc..., en cas de maladie, maternité, accident, ou accidents et maladies du travail. Elles prennent la forme de remboursement mais peuvent, dans certains cas, consister en une prise en charge (tiers payant), surtout en matière d'accident de travail.

1°) assurance maladie :

La maladie peut être définie comme une altération de la santé. Les frais sont donc couverts quelle que soit la forme pathologique ou traumatique, non professionnelle de la maladie. Toutefois est exclue de l'assurance maladie, la maternité puisqu'elle fait l'objet d'une assurance particulière.

1a°) le fonctionnement

Le fonctionnement de l'assurance maladie dans le cas des prestations en nature est lié au respect de trois principes :

- le principe du libre choix :

Il s'agit du libre choix du praticien, du pharmacien, du laboratoire d'analyse, bref du prestataire de soins ou de services, de la structure d'hospitalisation etc... ;

- le principe de l'avance de frais ou principe du paiement direct des honoraires par le malade :

Selon ce principe, l'assuré règle lui-même les factures du médecin, pharmacien, etc... et se fait rembourser ensuite sur présentation de la feuille maladie. Ce principe a cependant, subi certains aménagements. En effet, en ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré ne s'acquitte que de la part de frais restant à sa charge et qui correspond au ticket modérateur. Ceci est également valable pour les soins donnés dans les hôpitaux publics, les établissements conventionnés ou agréés ;

- le principe de la participation de l'assuré :

Le remboursement ne correspond pas à la totalité des frais engagés par l'assuré. Il ne couvre qu'une partie, l'autre étant laissée à la charge de l'assuré : c'est le ticket modérateur. Toutefois, des cas d'exonération sont prévus.

1b°) nature des prestations :

Les prestations concernent :

- les honoraires des praticiens.

Les actes exécutés sont groupés par catégories désignées par lettres-clés. Les lettres-clés sont affectées d'un coefficient qui reflète l'importance de l'acte. Le montant à payer s'obtient en multipliant la valeur de la lettre-clé par le coefficient de l'acte. Les frais de déplacement du praticien peuvent être ajoutés à ces honoraires sous forme de forfait.

- les frais d'hospitalisation.

Dans les hôpitaux publics, les remboursements sont effectués sur la base d'un prix de journée qui englobe le coût des actes, les fournitures et les frais de séjour. Par contre dans les établissements privés, on distingue : un prix de journée forfaitaire pour les frais de séjour, soins infirmiers et pharmaceutiques à l'exclusion des médicaments coûteux remboursables en supplément, les frais de salle (opération ou accouchements), les honoraires des praticiens (chirurgiens, anesthésistes, radiologues, autres spécialistes), les examens de laboratoires etc... Dans tous les cas, les éléments de confort (chambre particulière, télévision, etc...) ne font pas l'objet de remboursement.

- les autres dépenses.

Elles englobent les frais de médicaments qui peuvent être des préparations magistrales réalisées par le pharmacien ou des produits conditionnés fabriqués industriellement, les frais d'optique, les petits et les grands appareillages, certains frais de transport.

Les médicaments doivent figurer sur la liste de produits pharmaceutiques remboursables.

Les dépenses doivent avoir été engagées à la suite d'une prescription par une autorité compétente. Les frais d'optique, de petit et grand appareillage sont soumis au principe d'accord préalable.

1c°) les bénéficiaires :

Peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie :

- le salarié et les membres de sa famille à sa charge : le conjoint de l'assuré dans la mesure où il ne bénéficie pas d'un régime d'assurance maladie, les enfants à charge de l'assuré ou du conjoint sous certaines conditions, les ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3ème degré vivant sous le toit de l'assuré et se consacrant exclusivement au ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à la charge de l'assuré ;
- les titulaires d'une rente d'accident de travail au moins égale à 66,66 %, les pensionnés vieillesse y compris les titulaires d'avantages de vieillesse à caractère non contributif ainsi que les membres de leur famille dans les mêmes conditions que l'assuré salarié ;
- tout chômeur indemnisé au titre du chômage ou ayant été indemnisé dès lors qu'il demeure à la recherche d'un emploi ;
- tout assuré social et les membres de sa famille à sa charge.

Les prestations en nature de l'assurance maladie ont donc un caractère familial. Toutefois, le droit aux prestations en nature est subordonné à certaines conditions.

1d°) conditions d'accès aux prestations :

- l'assuré doit justifier une durée minimale de travail (s'il est salarié) ou de cotisation ou de période d'affiliation, ou bénéficier de l'une des pensions suivantes :
pension vieillesse, pension invalidité, pension accident de travail supérieur à 66,66 %, pension de conjoint survivant ou d'orphelin d'une victime d'un accident de travail.

2°) assurance maternité :

2a) fonctionnement

Dans le cadre du fonctionnement de l'assurance maternité, on note une absence du ticket modérateur. Les frais de soins sont pris en charge intégralement. Les autres règles de l'assurance maladie s'appliquent également ici. Toutefois, la future mère est tenue à certaines obligations, notamment :

- obligation de prévenir les services compétents de la Sécurité Sociale dès que possible de son état de grossesse ;
- obligation de se soumettre à quatre examens prénataux et à un examen post-natal.

2b) nature des prestations :

Sont couverts dans le cadre de l'assurance maternité les frais relatifs :

- au traitement de la stérilité ;
- à la grossesse, à l'accouchement, à la surveillance du jeune enfant, comme prévu par la réglementation.

2c) les bénéficiaires :

Peuvent bénéficier des prestations en nature de l'assurance maternité :

- l'assurée ;
- la femme de l'assuré, les enfants à charge de l'assuré ou de son conjoint dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie.

2d) conditions d'accès aux prestations :

Le droit aux prestations est ouvert dans les mêmes conditions que pour l'assurance maladie.

3°) Assurance des Risques professionnels :

3a) définition des risques professionnels :

Il s'agit de l'accident du travail et des maladies professionnelles. Par accident de travail, on entend un accident survenu à un salarié à l'occasion ou par le fait du travail.

L'accident de trajet, assimilé à un accident du travail sur le plan de la couverture sociale, se définit comme un accident survenu au salarié pendant le trajet aller et retour entre le lieu de travail et le domicile ou le lieu où il prend habituellement ses repas.

Les maladies professionnelles sont des maladies dont l'origine se trouve dans le travail effectué. Elles sont limitativement citées sur une liste de l'Administration Publique.

3b) bénéficiaires :

Peuvent bénéficier des prestations, les salariés et assimilés ainsi que certaines catégories limitativement citées dans le code de la Sécurité Sociale, entre autres ^{les} élèves des établissements d'enseignement technique.

3c) condition d'accès aux prestations :

Le droit aux soins est ouvert dès lors que le bénéficiaire est victime d'un accident de travail ou de maladies professionnelles.

3d) nature des prestations :

Les prestations en nature servies sont identiques à celles de l'assurance maladie. Toutefois, en matière de risques professionnels, les frais de soins sont pris en charge directement (sauf parfois les frais de transfert) et intégralement. Il n'y a donc pas application des principes du ticket modérateur et de l'avance des frais de soins par l'assuré.

b) Cas des prestations en espèces :

Elle visent l'indemnisation en cas d'arrêt de travail à la suite d'une maladie, maternité, accidents ou maladie du travail, sous forme d'indemnités journalières.

Les prestations en espèces concernent exclusivement la personne de l'assuré. Elles n'ont pas de caractère familial comme les prestations en nature.

Il convient d'entendre par arrêt de travail :

- soit l'incapacité totale et temporaire qui peut résulter d'une maladie (professionnelle ou non) ou d'un accident du travail, d'une maternité ;
- soit l'incapacité permanente (partielle ou totale) de travail résultant d'une maladie professionnelle ou non, d'un accident du travail.

L'arrêt du travail entraîne en principe une suspension du contrat de travail. Il fait l'objet d'indemnisation par la Sécurité Sociale (sous réserve d'un contrôle médical), par les Employeurs et éventuellement par les régimes complémentaires d'assurance.

Seules les modalités d'indemnisation par la Sécurité Sociale seront étudiées ici.

L'indemnisation est effectuée sous forme :

- d'indemnités journalières maladie- maternité- accident de travail ;
- de rentes d'invalidité et d'accident du travail.

1°) Les indemnités journalières :

1a) Maladie-Accident non professionnels :

Elles sont servies à partir du quatrième jour d'arrêt jusqu'à la guérison et la reprise de travail, la stabilisation de l'état de santé de l'assuré ou la consolidation de sa blessure, dans la limite de trois années consécutives.

1b) Maternité :

Les indemnités sont versées en principe pendant les six semaines précédant la date présumée de l'accouchement et pendant dix semaines après l'accouchement. La période de versement des indemnités est portée à douze semaines en cas d'accouchement gémellaire, et, à partir du troisième enfant, huit semaines avant et dix huit semaines après l'accouchement.

1c) Risques professionnels :

Les indemnités sont perçues par l'assuré sans limitation dans le temps jusqu'à la guérison ou la consolidation de la blessure.

2°) Les rentes et pensions :

Elles sont allouées lorsque l'assuré présente une altération partielle ou totale de sa capacité de travail. L'invalidité susceptible d'ouvrir droit à une pension est une invalidité "suis generis", incapacité générale de gain, qui est déterminée par les différents facteurs susceptibles de conditionner le reclassement de l'individu dans le monde du travail (la nature et la gravité des affections ou infirmités constatées, l'âge du sujet, ses aptitudes physiques et mentales, sa formation professionnelle et les activités exercées antérieurement). Cette incapacité générale de gain est appréciée par rapport à l'ensemble du marché.

L'appréciation de l'invalidité a donc un caractère personnalisé: ainsi deux personnes atteintes d'une même infirmité ne bénéficieront pas nécessairement du même taux d'invalidité.

La pension d'invalidité est allouée à l'issue de la période de versement d'indemnité journalière ou après consolidation au moment de la constatation médicale de l'invalidité.

L'incapacité ouvrant droit à une rente s'entend d'une atteinte partielle ou totale à la capacité de travail de la victime. Il n'est pas nécessaire qu'elle se traduise par une perte de salaire.

En cas d'incapacité permanente d'un taux de 10 % au moins, une rente viagère est versée à compter du lendemain de la consolidation (base de calcul : salaire annuel). Mais lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 10 %, il y a versement d'un capital.

Voilà présenté le système français de Sécurité Sociale en matière de protection de la santé. Voyons maintenant comment se présente la Sécurité Sociale (dans son aspect protection de la santé) dans les pays de la CICA et plus particulièrement au Cameroun.

Paragraphe B- LA SECURITE SOCIALE AU CAMEROUN :

A des degrés divers, la plupart des pays africains parmi lesquels les pays de la CICA présentent les caractéristiques similaires suivantes :

- faible revenu national par habitant (pays pauvres) ;
- population rurale à plus de 75 % ;
- économie de subsistance prédominante ;
- existence d'un secteur informel pléthorique ;
- situation sanitaire caractérisée par de grandes insuffisances sur des aspects aussi essentiels que l'assainissement, l'eau de boisson, la nutrition et les établissements de soins (du point de vue structure et fonctionnement) ;
- les principales causes de morbidité et de mortalité sont les maladies transmissibles et la malnutrition.

Nous sommes en accord avec Jacques DOUBLET quand il dit que l'institution de système de Sécurité Sociale dans ces pays pose un problème. En effet "la Sécurité Sociale y est impérieusement nécessaire pour corriger les inégalités économiques, surtout pour permettre de satisfaire des besoins de consommation et augmenter la population, mais la fraction de revenu national affectée aux dépenses de Sécurité Sociale ampute l'ensemble des ressources susceptibles d'être affectées à la consommation et aux investissements productions".

Toutefois, à l'époque coloniale, quelques nations européennes parmi lesquelles la France y ont introduit en partie leur propre système.

Accédant à l'Indépendance, les pays africains ont modifié, adapté les maigres systèmes de protection sociale existants.

Après un historique sur la Sécurité Sociale au Cameroun, nous étudierons les populations couvertes d'une part et le contenu de la protection, condition d'ouverture aux droits d'une part.

1- HISTORIQUE-PRESENTATION :

Au Cameroun, la Sécurité Sociale est connue sous le vocable de "Prévoyance Sociale".

Les buts visés par la Prévoyance Sociale camerounaise sont la réparation ou la prévention des événements risquant d'affecter les revenus des travailleurs.

A l'origine de la Prévoyance au Cameroun on trouve la Caisse de Compensation des Prestations Familiales du Cameroun créée en 1956. Elle avait pour but la prise en charge de nouvelles naissances au sein de la famille des travailleurs et était financée par les seuls Employeurs.

L'augmentation inattendue du nombre d'enfants et la mauvaise rentrée des fonds ont été à l'origine de sa suppression par la loi n°67/LP-8 du 12 juin 1967 portant création de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS).

Se voulant instrument privilégié de la politique sociale et sanitaire de l'Etat camerounais, la CNPS gère actuellement trois branches de Sécurité Sociale :

- la branche Prestations familiales ;
- la branche des Risques professionnels ;
- la branche des Pensions-vieillesse, invalidité-décès.

Elle ne gère donc pas de branche d'assurance maladie. Toutefois, elle a développé une action sanitaire et sociale dont les objectifs peuvent être résumés ainsi :

- prêter main-forte à l'Etat en fournissant des prestations sanitaires à des prix sociaux pour en permettre l'accès à "toutes les couches sociales de la population" ;
- contribuer au bien-être social du travailleur et de sa famille.

Sont donc concernées par la protection de la santé, la branche des Risques professionnels, dans une faible mesure la branche Prestations familiales, l'Action sanitaire et sociale.

2- POPULATION CONCERNEE ET BENEFICIAIRE :

La CNPS couvre tous les travailleurs salariés
régis par le Code du Travail.

Les personnes à charge du travailleur sont également admises
au bénéfice des prestations servies par la CNPS. Il s'agit
de :

- l'époux ou l'épouse du travailleur à condition qu'ils soient
liés par un mariage contracté à l'Etat-civil ;
- les enfants à charge du travailleur jusqu'à 18 ans ;
- les ascendants âgés ou invalides effectivement à la charge
du travailleur.

3- CONTENU DE LA PROTECTION- CONDITIONS D'OUVERTURE AUX DROITS:

a) les prestations familiales :

Elles recouvrent les allocations prénatales, les allocations
de maternité, les indemnités journalières de congés
de maternité, les frais médicaux et les allocations familiales
proprement dites.

Les allocations prénatales sont servies en deux
tranches à l'allocataire qui attend un enfant, chaque fois sur
présentation de certificat médical de grossesse, entre le
troisième et le quatrième mois et entre le septième et le huitième
mois de grossesse.

L'allocation de maternité est versée en une seule
fraction à l'allocataire qui justifie de la naissance sous
contrôle médical d'un enfant, né viable, dans son foyer et
déclaré à l'Etat-civil, sur présentation de pièces justificatives.

L'indemnité journalière est perçue par la femme
salariée justifiant d'une activité consécutive d'au moins six
mois chez un ou plusieurs employeurs, cette activité devant
être effectivement suspendue quatre semaines avant la date
présumée de l'accouchement et dix semaines après l'accouchement.
Cette indemnité journalière est servie sur demande.

En ce qui concerne les frais médicaux, la CNPS rembourse forfaitairement les frais médicaux engagés à l'occasion des examens prénataux, d'accouchement et de la consultation du jeune enfant jusqu'à l'âge de six mois.

Pour bénéficier des prestations familiales, l'allocataire doit :

- être travailleur au sens du code du travail ;
- être immatriculé à la CNPS ;
- justifier d'une activité professionnelle ;
- attendre un enfant ou en avoir à sa charge ;
- adresser une demande à la CNPS.

* Remarques :

Les allocations prénatales et allocations de maternité peuvent être également perçues par l'épouse salariée ou non de l'allocataire.

Mais la femme mariée et salariée ne peut bénéficier des prestations familiales que si son époux n'exerce aucune fonction salariale. Un certificat de non fonction de l'époux doit alors être joint au dossier de toute demande.

b) l'assurance des risques professionnels :

Les prestations servies à ce titre peuvent être :

- des prestations en nature : frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitalisation, frais d'examen etc... engagés à la suite d'un accident de travail et/ou de maladies professionnelles, et qui sont éventuellement remboursés intégralement ;
- des prestations en espèces : il s'agit d'une part de la rente des survivants versée aux ayants droits et d'autre part, des indemnités journalières en cas de défaillance de l'employeur durant l'arrêt de travail, de la rente d'incapacité permanente totale, de l'allocation d'incapacité permanente partielle versées à l'assuré victime.

.../

c) l'action sanitaire et sociale de la CNPS :

En remplacement de l'assurance maladie, la CNPS a développé une action sanitaire et sociale au profit de ses assurés et des membres de leur famille, en créant en gestion directe : 3 centres Médico-sociaux à Yaoundé, Maroua, Garoua, et 4 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Bafoussam, Bamenda, Douala, Bertoua, au titre des prestations familiales.

La CNPS emploie à ce titre actuellement 490 personnes dont 25 du corps médical et 319 du corps para-médical.

Une visite au Centre Médico-Social de Yaoundé ("Hôpital de la Caisse") à Essos nous a permis d'apprécier la contribution de la CNPS en matière de protection de la santé.

L'effectif des employés dans ce centre est de 257 personnes ainsi réparties :

- 12 Médecins dont 4 gynécologues, 3 généralistes, 3 pédiatres, 1 chirurgien (chirurgie viscérale) et le médecin-chef du centre ;
- 2 Médecins vacataires : 1 radiologue et 1 anesthésiste ;
- 3 pharmaciens dont 2 pharmaciens biologistes ;
- 159 personnels para-médicaux dont 10 sage-femmes, 8 puéricultrices, 33 infirmiers diplômés d'Etat, 5 anesthésistes, 17 techniciens de Laboratoire.

Le centre dispose de 130 lits, d'une salle d'opération pour les accouchements et la chirurgie, d'une infirmerie, d'un service de petite chirurgie, d'un laboratoire de bactériologie et d'un laboratoire d'hémo-chimie.

Il dispose d'un service de garde permanent.

Sont effectués par an, environ :

- 2500 accouchements ;
- 3000 hospitalisations ;
- 28000 consultations en soins infirmiers ;
- 23000 consultations en petite chirurgie ;
- 13000 consultations prénatales ;
- 60000 examens de laboratoire.

Les consultations sont payantes et leur coût s'élève à 1500 FCFA le jour et 2 000 FCFA la nuit. Le prix qui représente en fait le ticket modérateur est valable un mois.

Le coût d'une hospitalisation se décompose comme suit :

- Prix de chambre (1000F à 5000F CFA)
- + les examens de laboratoire (avec le "B" à 100 FCFA)
- + les médicaments

La nomenclature des actes utilisés est celle du Ministère de la Santé Publique.

Le Centre Médico-Social d'Essos dispose d'une pharmacie pour les besoins internes (hospitalisations).

Les assurés victimes d'accident de travail ou de maladies professionnelles y sont traités gratuitement.

Les prix pratiqués par le Centre Médico-Social (CMS) biens qu'étant supérieurs à ceux du secteur public, sont nettement inférieurs aux prix pratiqués au sein du secteur privé, alors que le CMS n'a rien à envier ces structures (main d'oeuvre de qualité etc...).

Bien qu'étant exclusivement réservé aux assurés sociaux et à leur famille théoriquement, le CMS est en fait ouvert à toute la population et il lui arrive parfois d'être complet.

En tout état de cause, même si l'action sanitaire de la CNPS profite aux autres couches de la population, elle ne peut la couvrir entièrement.

Mais qu'il s'agisse de protection de santé ou de tout autre service rendu ou produit créé par l'homme, des fonds sont nécessaires pour les financer. Voyons maintenant quelles sont les sources de financement des systèmes de Sécurité Sociale.

Paragraphe C- LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE :

Le principe retenu pour le financement de la Sécurité Sociale est la cõtisation fondée sur la solidarité des entreprises assujetties.

Il s'agit d'une contribution patronale et salariale. A ce titre, le financement est en grande partie à la charge des employeurs (75 à 90 %), la cõtisation des employés ne contribuant que pour une faible part (8 à 10 %) des recettes.

Les cõtisations sont assises sur l'ensemble des sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires proprement dits, les indemnités, les primes, les gratifications et tous autres avantages en espèces à l'exclusion des frais professionnels.

Le montant des salaires servant d'assiette aux cõtisations ne peut, en aucun cas être inférieur au SMIG applicable au lieu de l'emploi pour la durée du travail correspondante, ceci pour éviter certains abus.

L'assiette ainsi retenue est valable pour toutes les branches.

Au Cameroun, sauf pour la branche assurance pensions de vieillesse, d'invalidité- décès, pour laquelle on note une participation de l'assuré, les cõtisations sont à la charge exclusive de l'employeur.

Le taux varie compte-tenu du domaine d'activité de l'entreprise.

Le principe d'asseoir la cõtisation sur l'ensemble des rémunérations perçues par le travailleur n'est appliqué que dans la branche Risques professionnels ; pour les autres branches, les salaires servant de base au calcul des cõtisations sont plafonnés.

Il faut noter que ce plafonnement a un effet anti-redistributif ; les salariés à haut revenu participant moins que les salariés à faible revenu.

.../

Le versement des c  tisations à la CNPS incombe exclusivement à l'employeur qui effectue également les prélèvements nécessaires.

En dehors des c  tisations qui constituent les ressources techniques, la CNPS (pour ce qui concerne le Cameroun) dispose d'autres sources de financement notamment les revenus de placements, les participations versées par les personnes bénéficiant des oeuvres sociales et sanitaires, les subventions, dons, legs, etc...

Chaque branche d'activité dispose d'un budget de fonctionnement autonome.

Comme tout homme, toute entreprise doit faire face à des problèmes et les systèmes de Sécurité Sociale en Afrique n'échappent pas à la règle.

Paragraphe D- DIFFICULTES DES SYSTEMES DE SECURITE SOCIALE
EN AFRIQUE ET EN PARTICULIER AU CAMEROUN :

Il s'agit surtout de difficultés d'extension et de gestion de la protection sociale.

D'abord le champ d'application des systèmes de Sécurité Sociale avec contribution patronale et salariale est mal cerné : de nombreux employeurs ne déclarent pas leurs salariés ; ce qui entraîne un écart considérable entre le champ d'application théorique et la réalité.

Ensuite au niveau de la perception des c  tisations, beaucoup d'employeurs ne sollicitent pas leur affiliation, les méthodes de recouvrement sont défectueuses et on note des retards assez considérables dans le paiement des c  tisations.

La CNPS est donc entrée dans la tourmente de la crise comme le montrent les chiffres ci-après :

- Recettes au 30 juin 1986 58,5 milliards FCFA
- Dépenses au 30 juin 1986 39,4 milliards FCFA

.../

Soit un excédent au 30 juin 1986 de	19,1 milliards de FCFA
- Recettes au 30 juin 1989	39,1 milliards de FCFA
- Dépenses au 30 juin 1989	39,8 milliards de FCFA
Soit un déficit au 30 juin 1989 de	0,7 milliards de FCFA

du fait de l'augmentation des dépenses techniques de 21,8 %.

Dans ces conditions, une extension des prestations à la branche maladie paraît impossible, cette branche étant perçue comme un gouffre à dépenses ; ajoutée à cela, la situation sanitaire relativement précaire et les caractéristiques économiques du pays.

A la lumière des observations qui précèdent pouvant être étendues aux pays de la CICA, il est évident que les habitants de ces pays sont sanitairesment peu ou très mal protégés et dans de nombreuses villes comme à Yaoundé au Cameroun, il faut déboursier des sommes importantes si l'on veut consulter un médecin privé, le secteur public étant "dépassé".

Aussi l'Assurance Maladie offerte par les compagnies d'assurances privées et dont le but est de garantir le remboursement des frais de soins suite à une maladie ou un accident trouve aujourd'hui sa raison d'être, ne serait-ce qu'en permettant aux ménages de réduire la part de frais de santé dans leur revenu. Elle apparaît également comme un palliatif aux insuffisances de la Sécurité Sociale.

* *

*

/DEUXIEME CHAPITRE/

LA NÉCESSITÉ D'UNE ASSURANCE MALADIE

Il s'agira de voir ici d'abord dans quelle mesure l'Assurance Maladie est un palliatif aux insuffisances de la Sécurité Sociale ; ensuite par une analyse de l'Assurance Maladie classique, nous en dégagerons l'intérêt, nous étudierons son fonctionnement, ses inconvénients, son financement tout en faisant ressortir les différences entre l'Assurance Maladie offerte par les compagnies d'assurances privées et l'assurance maladie pratiquée par la Sécurité Sociale. Enfin, nous essayerons de recenser les problèmes de la Branche Maladie au sein desdites compagnies d'assurance.

Mais avant tout cela, quelques unes des particularités de l'Assurance Maladie seront présentées.

Par Assurance Maladie au sein des Compagnies d'assurance, nous entendons les produits de la Branche Maladie offerts par ces compagnies.

SECTION I- QUELQUES PARTICULARITES DE L'ASSURANCE MALADIE :

* L'Assurance Maladie est un contrat de gestion : l'assuré dépose une prime et doit la consommer. L'assureur gère ainsi la consommation médicale des assurés. Si la consommation dépasse la prime, la clause d'ajustement est appliquée l'exercice suivant, si elle est prévue au contrat.

L'effet répartiteur joue difficilement pour le contrat Maladie, en particulier en cas de souscription individuelle.

* L'Assurance Maladie est essentiellement une assurance de chose : son but est de garantir le remboursement des frais de soins, suite à une maladie ou un accident.

Mais elle revêt également l'aspect d'une assurance de personnes dans la mesure où certains contrats offrent des prestations en espèces en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou un accident.

* A la différence de l'Individuelle Accident (en ce qui concerne les garanties Incapacité permanente et décès), l'Assurance Maladie est soumise au principe indemnitaire. Toutefois, certaines compagnies, peut être dans un but purement commercial, proposent- notamment pour la garantie hospitalisation- un forfait soit journalier, soit global, quels que soient les débours réels de l'assuré. La prime en Assurance Maladie n'étant pas fonction des revenus de l'Assuré, on peut craindre à ce niveau un enrichissement de l'assuré grâce à l'assurance, du fait de la différence "forfait perçu- dépenses réelles" ; ce qui est contraire à la philosophie de l'assurance. Par contre dans les deux types d'assurance , le paiement de la prime est obligatoire et à la souscription les règles de fonctionnement sont identiques.

* Enfin les compagnies d'assurance offrent au titre de l'Assurance Maladie, plusieurs polices :

- police maladie proprement dite ;
- police hospitalisation (maladies hospitalisées) ;
- police chirurgie ;
- police familiale ;
- police complémentaire maternité.

L'étendue territoriale de la couverture offerte varie suivant les compagnies et les contrats.

SECTION II- L'ASSURANCE MALADIE COMME PALLIATIF AUX INSUFFISANCES DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE :

En raison de la faiblesse des montants des remboursements de la CNPS d'une part, et de l'étroitesse de la population couverte par la CNPS d'autre part, l'Assurance Maladie apparaît comme un palliatif aux insuffisances de la protection sociale existante.

Paragraphe A- FAIBLESSE DU MONTANT DES REMBOURSEMENTS :

Si les risques professionnels sont couverts à 100 % par la CNPS, les remboursements qu'elle effectue au titre des frais médicaux concernent uniquement et forfaitairement les frais médicaux engagés à l'occasion d'examens prénataux, d'accouchement et de consultations du jeune enfant seulement jusqu'à six mois.

Il faut également noter que compte tenu du coût de la vie en ville où est située la quasi-totalité des assurés, souvent le montant du forfait ne couvre pas les frais réels. Une grande partie de ces frais reste encore à la charge de l'assuré et grève durement son budget.

Les remboursements de la CNPS sont donc limités, non seulement dans leur montant mais aussi dans leur champ d'application.

Paragraphe B- POPULATION COUVERTE PAR LA CNPS :

Etant limitées aux seuls salariés régis par le Code du Travail au Cameroun, les prestations de la CNPS ne couvrent qu'en moyenne 10 % de la population du Cameroun.

Cette situation qui n'est pas particulière au Cameroun se retrouve dans la plupart des pays de la C.I.C.A.

L'assurance maladie qui se présente, comme palliatif aux insuffisances de système de Sécurité Sociale, a des intérêts mais aussi des inconvénients. En plus, son fonctionnement obéit à certains principes.

Il convient donc de l'analyser pour mieux la cerner et c'est l'objet de la prochaine section.

.../

SECTION III- ANALYSE DE L'ASSURANCE MALADIE

Paragraphe A- INTERET DE L'ASSURANCE MALADIE :

Nous distinguons à ce niveau, l'intérêt de l'Assurance Maladie pour les assurés, les employeurs et pour les compagnies d'assurances.

1- Pour les assurés :

- l'Assurance Maladie est une solution aux problèmes non résolus par les régimes de protection sociale offerts par la CNPS. Elle résoud le problème posé par la nécessité de la recherche d'une bonne protection sanitaire.

En effet, l'Assurance Maladie permet à l'assuré en prenant en charge une partie de ses frais médicaux, de se faire soigner décemment, sans contraintes financières lourdes; ou alors de se maintenir en bonne santé à un coût raisonnable puisque compte tenu des insuffisances du secteur public, cet assuré se trouve obligé de se tourner vers le secteur privé plus performant et dont il n'est plus nécessaire ici de rappeler le coût des prestations servies.

L'Assurance Maladie met les prestations du secteur privé à la portée des assurés et les rend solvables vis à vis du médecin.

- l'Assurance Maladie permet à l'assuré de conserver ses ressources et de les utiliser à d'autres fins pour accroître ses activités puisque ce que la santé prend, elle le prive à d'autres secteurs d'activités.

2- Pour les employeurs :

- l'Assurance Maladie remplace avantageusement l'obligation faite aux employeurs d'assurer des soins gratuits à leurs employés, aux membres de leur famille, en supprimant l'arbitraire du droit aux soins.

.../

- l'Assurance Maladie est une nécessité pour garantir la santé des collaborateurs et permet ainsi d'assurer leur productivité, car leur présence au sein de l'entreprise ou au lieu de travail devient plus effective, car ayant un souci en moins : celui du coût de la Santé !

3- Pour les compagnies d'assurances :

- compte tenu de l'impact social de l'Assurance Maladie, l'assureur soigne davantage son image de marque : par le bon de prise en charge directe qu'il délivre à l'assuré, par son poids financier et par son expérience, l'assureur fournit un service que l'assuré seul maîtriserait mal, le principe fondamental de l'Assurance Maladie étant le remboursement de frais de soins ! ! !
- la Branche Maladie est une branche à développer car il s'agit d'une branche productive à terme, par le jeu de la loi des grands nombres. En effet, l'Assurance Maladie pourrait constituer une alternative heureuse, si elle est adaptée à notre contexte socio-économique face au problème du déficit chronique créé par l'Assurance automobile obligatoire.

Afin de mieux apprécier ces intérêts de l'Assurance Maladie, voyons comment elle fonctionne.

Paragraphe B- FONCTIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE :

Seront analysées dans ce paragraphe, la souscription, la prise d'effet du contrat, les modalités de règlement du sinistre au titre de l'Assurance Maladie.

1- La souscription :

L'Assurance Maladie peut être souscrite individuellement par une personne physique (assurance individuelle) ou par un groupe de personnes (assurance groupe). Toutefois, dans les deux cas, les membres de la famille de l'assuré (personnes à charge) peuvent bénéficier des garanties souscrites au titre du contrat.

A la souscription, l'assuré répond à un questionnaire médical (déclaration de santé) qui sert de base à l'assurance. Le questionnaire permettra à l'assureur de se faire une opinion du risque. Un certificat médical et/ou un contrôle médical préalables pourront également être exigés par l'assureur.

Les réticences et fausses déclarations étant soumises aux sanctions prévues par les articles L 113-8 et L 113-9 du code des Assurances, le questionnaire doit être rempli avec attention, honnêteté et précision.

L'analyse du questionnaire aboutit à l'acceptation ou au refus du risque par l'assureur, donc à une sélection des assurables. Cette sélection tient à la nature même de la technique de l'assurance : l'Assurance Maladie, plus que toute autre assurance, est un acte de prévoyance, et ce n'est pas au moment où la maladie est déclarée ou est sur le point de l'être qu'elle doit être souscrite.

(Il n'est pas normal que l'assureur prenne en charge les conséquences d'une situation de santé existant au moment de la souscription du contrat car dans ce cas, la survenance du sinistre perd son caractère aléatoire !)

On voit ici une différence avec le fonctionnement de la Sécurité Sociale où le risque maladie est couvert quelle que soit sa date de survenance, l'assuré n'étant pas soumis à "l'épreuve" du questionnaire médical : la Sécurité Sociale établit une solidarité entre malades et bien portants !

Il faut également noter que, s'agissant des contrats groupe, le risque d'antiselection ne joue pas ; les membres du groupe assuré ne sont donc pas soumis au questionnaire médical.

2- Prise d'effet de la garantie : le délai de carence :

Sauf pour les accidents et certaines maladies désignées au contrat, la garantie ne prend effet qu'après l'écoulement d'un certain temps plus ou moins long : le délai de carence.

.../

Le délai de carence apparaît comme un moyen de contrôle des déclarations des assurés : il permet de décélérer non seulement ceux qui auraient fait de fausses déclarations intentionnelles mais également les assurés ayant fait de fausses déclarations non intentionnelles parce que atteints de maladies à incubation lente, dont ils ignoraient l'existence à la souscription du contrat, notamment le sida, le cancer, le risque étant malgré tout déjà réalisé !

Notons que dans le cadre d'un contrat groupe, le délai de carence n'existe pas.

Dans sa forme, le délai de carence peut être rapproché à la période de cotisation ou d'affiliation pendant laquelle la Sécurité Sociale ne sert aucune prestation, période au bout de laquelle le droit aux prestations est ouvert.

3- Le Règlement de sinistre :

En cas de sinistre, en principe, l'assuré paie le coût de la prestation au médecin et se fait rembourser. Mais dans certains cas de soins coûteux, selon certaines compagnies, il lui est possible d'obtenir un bon de prise en charge directe. Dans ce cas, le médecin ou autre prestataire de soins s'adressera directement à la compagnie d'assurance pour le règlement de ses honoraires : c'est le système du tiers payant.

Mais que ce soit en cas de remboursement ou en cas de tiers-payant, l'intervention de l'assurance est subordonnée à l'établissement d'un document "la feuille de maladie ou d'accident"- sur lequel le prestataire mentionne la nature des prestations fournies, la lettre-clé correspondante et le montant des honoraires dus.

La remise de ce document, sur lequel est également mentionné le montant des produits pharmaceutiques achetés et auquel sont jointes d'autres pièces justificatives (ordonnances, ticket de caisse pharmacie, reçus etc...) entraîne le remboursement des avances ou paiement des honoraires, et/ou les débours mentionnés dans les limites prévues au contrat (100 %, 80 % etc...). Les remboursements ou paiements sont effectués à l'acte.

La preuve de la maladie doit être apportée par constatation par un médecin dont l'assuré conserve le libre choix. Le nom du médecin doit être mentionné sur la feuille de maladie et l'assureur, par l'intermédiaire de son médecin-conseil pourra lui demander toutes informations complémentaires.

En ce qui concerne le délai de déclarations, il est soumis aux règles générales des assurances IARD, fixées par le Code des Assurances. Toutefois, les sanctions pour déclarations tardives ne seront pas appliquées. De même, en cas de sinistres (maladie) le contrat ne sera pas résilié (il s'agit d'un risque social !).

Bien qu'il y ait des avantages, le fonctionnement de l'Assurance Maladie ci-dessus analysé laisse cependant apparaître quelques inconvénients.

Paragraphe C- INCONVENIENTS DE L'ASSURANCE MALADIE :

- La quantité de prestations médicales s'accroît et l'augmentation de la demande de soins pousse à une remise en cause de l'efficacité, de la qualité de ces soins. En effet, on peut croire que l'accroissement en volume des soins de santé n'entraîne pas nécessairement une amélioration quantifiable de l'état de santé de l'assuré.
- L'assuré a tendance à commettre des abus étant donné que son budget est protégé ; il ne sent donc pas le poids économique du coût des prestations.
- Les prestataires de soins ont aussi tendance à exagérer lorsqu'ils ont affaire à un client rendu solvable par l'Assurance Maladie : ils essayent de récupérer sur ce client un manque à gagner surtout en cette période de crise.
- Dans le cas des contrats groupe souscrits par l'employeur et où la famille de l'assuré est couverte, on note une tendance de l'assuré à élargir sa famille, la notion de famille en Afrique ayant encore des contours assez flous.

Voyons maintenant le financement de l'Assurance Maladie.

Paragraphe D- LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE :

L'Assurance Maladie est financée par les primes payées par les assurés.

Comme en assurance de dommage, la prime représente uniquement le coût du risque et est fonction de l'âge, de l'état de santé, des activités, de la profession de l'assuré. Il est également tenu-compte du niveau de couverture demandé. Il n'est pas tenu-compte de ses revenus comme c'est le cas pour la Sécurité Sociale.

L'assuré est tenu obligatoirement au paiement de la prime conformément à l'article L113-2 du code des Assurances, le défaut de paiement étant soumis aux sanctions prévues par l'article L113-3 du même code.

L'Assurance Maladie que nous venons d'analyser fait face à des problèmes tenant tant à sa structure technique, commerciale que financière.

SECTION IV- LES PROBLEMES DE LA BRANCHE MALADIE :

Au sein même des compagnies d'assurance, la Branche Maladie est confrontée à des problèmes dont les effets conjugués aboutissent au déficit structurel de cette Branche. Il s'agit notamment de la fraude, du problème de l'éventail des assurables réduit, le volume élevé des charges, l'absence de produits financiers, de l'organisation des structures de santé.

Paragraphe A- LA FRAUDE :

Nous étudierons dans un premier temps les causes de la fraude et dans un second temps nous présenterons quelques cas de fraude rencontrés.

1- Les causes de la fraude :

Les causes de la fraude sont nombreuses.

a) 1'attitude des compagnies d'assurance :

Elle incite à la fraude. En effet, on note au sein des compagnies d'assurance une absence de contrôle, une incompetence du personnel, des problèmes d'organisation.

1°) 1'absence de contrôle :

A la souscription, le questionnaire n'est pas rempli en présence d'un médecin, sous prétexte que le contrat est de bonne foi. Le questionnaire est ensuite envoyé au médecin-conseil de la compagnie qui apprécie le risque sans voir physiquement le futur assuré et/ou l'examiner pour confirmation ou infirmation des déclarations. Cet assuré, pourra toujours attendre l'écoulement du délai de carence pour déclarer une flambée de sinistres qui existaient avant la souscription et dont on ne pourra refuser l'imputabilité à l'assurance maladie. (L'assuré qui a payé la prime veut nécessairement gagner dans l'opération).

2°) 1'incompétence du personnel :

Au sein des compagnies d'assurance, les employés de la Branche Maladie, même s'ils ont des compétences en matière d'assurance, n'en ont pas en matière médicale. Les assurés en profitent donc dans leurs déclarations, surtout que le médecin conseil n'y est pas permanemment présent ; on ne lui envoie que certains dossiers pour lesquels les demandes de remboursement ont un montant élevé, pour lesquels on suspecte des irrégularités.

3°) le problème de 1'organisation administrative :

Dans certaines compagnies, l'effectif au service sinistre maladie est réduit. Mais compte tenu de la fréquence des déclarations de sinistre et des délais de réponses prévus, les employés même quand ils ont acquis une petite expérience médicale sur le tas étudient les dossiers à la hâte (pour ne pas ternir l'image (de marque) de la compagnie) et laissent passer des irrégularités.

Parfois, pour éviter cela, un contrôleur de sinistre est nommé ; mais lui aussi n'aura pas de compétence nécessaire pour déceler les cas d'irrégularités et très souvent on lui demandera de sauvegarder certains intérêts particuliers.

b) le fonctionnement du contrat :

Au titre du fonctionnement du contrat, le principe de l'avance des frais par l'assuré au médecin incite beaucoup à la fraude. En effet, il suffit que l'assuré ait un besoin de liquidités pour qu'il pense à présenter un dossier en remboursement, surtout que très souvent, on n'en vérifiera pas la matérialité.

2- Quelques cas de fraude :

Il y a des ^{Cas} où il n'y a pas eu d'acte médical et des cas où il y a où il y a quand même eu un acte.

a) il n'y a pas eu d'acte médical :

Il s'agit de porter en compte à l'assurance des prestations qui n'ont pas été effectuées.

C'est le cas type du vol d'ordonnancier (et parfois de la pratique d'ordonnance de régularisation), avec la complicité d'un agent de formations sanitaires (parfois même il s'agit du médecin) et d'un agent de pharmacie, l'assuré présente un dossier en remboursement. Inutile de rappeler que très souvent dans ces cas, les montants sont élevés et que tout paraît net.

C'est aussi le cas où, avec la complicité d'un médecin, l'assuré parvient à obtenir une demande de prise en charge directe qu'il soumet à la compagnie pour l'obtention d'un bon de prise en charge.

b) les cas de complaisance : un acte médical a été posé :

Trois cas ont été recensés :

1°) les soins mentionnés sur la feuille-maladie ne sont pas conformes à ceux réellement dispensés. C'est le cas de la surfacturation. C'est aussi le cas où, les soins réellement prodigués sont exclus du champ d'application de l'assurance maladie.

2°) la feuille maladie mentionne des honoraires dont le cumul est interdit par la réglementation.

C'est le cas où par exemple, le traitement d'une affection donnée peut comporter une série d'actes répétés. Si ce traitement a été coté dans la nomenclature sous une forme globale, il est toutefois inscrit sur la feuille maladie en actes isolés.

Il s'agit souvent là de la fraude commise délibérément par le médecin traitant qui cherche à profiter de la solvabilité du patient surtout en temps de crise.

3°) les cas où le bénéficiaire réel des soins n'est pas l'assuré. Ces cas sont souvent retrouvés dans le cadre des contrats groupe. Mais aussi parfois dans le cadre de contrat individuel. Ils sont en partie favorisés par la notion de famille en Afrique surtout qu'au moment de la consultation, le médecin ne vérifie pas l'identité du malade (ce n'est même pas son travail que de le faire).

C'est aussi le cas où, pour un malade, on prescrit pour toute la "famille" : on profite d'une consultation normale pour régler d'autres problèmes d'ordre médical.

Il s'agit en réalité dans ce dernier cas, d'un laxisme du médecin qui manque d'autorité devant ses malades.

Il faut également noter que la fraude est favorisée par le fait que l'assuré ne signe pas la feuille maladie.

Concourt également au déficit de la Branche maladie, le faible volume de souscription des contrats.

Paragraphe C- L'EVENTAIL REDUIT DES ASSURABLES :

En effet en assurance maladie, la loi des grands nombres ne joue presque pas ou bien joue peu. Il s'agira de présenter ici les causes du faible volume de souscription comme facteurs de blocage de l'assurance maladie.

Les facteurs se retrouvent tant au niveau de l'assureur que de l'assuré.

1- Au niveau de l'assureur :

- face à un futur assuré, l'assureur se pose trop de questions, entre autres pourquoi il veut souscrire un tel contrat. L'assureur soupçonne, déjà au moment de la souscription, la fraude dans le comportement de son client. Il ira jusqu'à lui imposer la souscription d'un autre contrat

(surtout Individuelle accident), sinon la demande d'assurance maladie du futur assuré sera rejetée. Or ces contrats ne sont pas "cadeau" et sont chers.

- L'offre d'assurance maladie est passive. Il s'agit d'un secteur longtemps délaissé (et même toujours) par les assureurs. Il y a à faire de la part des Assureurs un effort d'information du public qui n'est pas sensibilisé aux bienfaits de l'assurance-maladie.

Ajouté à cela, le mauvais accueil dont est l'objet le futur assuré à la souscription.

En fait, l'Assureur pense dès la souscription à un risque d'anti-sélection.

2- Au niveau de l'assurable :

On note d'abord chez celui-ci une mauvaise image de l'assureur : les assureurs sont en effet considérés comme des voleurs car ils sont toujours prêts à encaisser la prime, mais sont réticents en cas de demande de règlement de sinistres.

- Ensuite, en ce qui concerne l'assurance maladie particulièrement : les agents économiques n'en perçoivent pas les avantages ou même le besoin parce que :
 - . l'Etat les a habitués à la gratuité des soins, donc certains ne sont pas prêts même s'il en ont les moyens, de dépenser pour se soigner ; ils pourront toujours négocier cette gratuité de soins même en ce moment où l'Etat est en crise.
 - . certains agents économiques (la plupart) se font soigner par les tradipraticiens ; or les actes de la médecine traditionnelle ne sont pas encore remboursés par les compagnies d'assurance.
- Enfin le coût du produit : le niveau élevé de la prime. De ce fait, surtout en période de crise où le faible pouvoir d'achat de l'assurable se trouve encore réduit, seules les assurances obligatoires sont souscrites. L'assurance maladie est perçue dans une certaine mesure comme étant un produit de luxe, non seulement compte tenu du coût mais aussi de tout ce qui a été dit plus haut.

Au total, le processus de décision concernant ces soins de santé est influencé par une foule de facteurs : coûts économiques et sociaux, facteurs de prestige, distance, commodité, temps, croyances traditionnelles, personnalité ou réputation de certains tradipraticiens etc... et la souscription de l'assurance maladie est liée à tous ces facteurs.

Paragraphe C- LE VOLUME ELEVE DES CHARGES (EN COUT ET EN NOMBRE)

Il résulte tant du comportement de l'assureur que de l'assuré. Mais aussi parfois du prestataire de soins, (progrès de la médecine).

1- Au niveau de l'assureur :

Nous ne citerons qu'un seul cas, ^{le} problème de gestion économique que nous avons eu à constater au sein des compagnies.

Certaines compagnies d'assurance sous le prétexte de limiter les coûts de fonctionnement, refusent les services permanents d'un médecin conseil, rémunéré au mois donc salarié de l'entreprise. Ils préfèrent le rémunérer à la tâche.

D'autres compagnies dans le même ordre d'idée vont jusqu'à demander les services de plusieurs médecins conseils.

Les entreprises d'assurances (leurs gestionnaires) ne se rendent donc pas compte qu'ils gagneraient à embaucher un médecin conseil présent au sein de la compagnie en tant que salarié et qui : examinerait le futur assuré sur le champ à la souscription, vérifierait au fur et à mesure les demandes de remboursement et ce qui éviterait ainsi aux compagnies de déboursier d'énormes sommes pour les sinistres et permettrait ainsi d'éliminer un nombre important de sinistres non imputables à l'assurance maladie.

2- Au niveau de l'assuré :

Ici les charges sont imputées en partie aux inconvénients de l'assurance maladie : l'assuré dont le budget est protégé par l'assurance maladie, veut en faire profiter tout le monde : les sinistres sont donc multipliés en grand nombre. Ajouté à cela, le fait que l'assuré ne veut pas perdre dans l'opération compte tenu surtout du climat qui règne entre assuré et assureur, et par conséquent favorable à une inflation de sinistres.

Indépendamment des inconvénients ci-dessus évoqués, le volume de la consommation évolue avec l'âge et parfois l'activité : en effet, les personnes âgées consomment beaucoup plus de soins et de médicaments que les personnes plus jeunes ; on remarque la même tendance, en comparant deux personnes de même âge, l'une active, l'autre inactive car même âgés, les actifs ont un état de santé florissant au regard des inactifs de même classe d'âge.

On ne saurait limiter le problème de l'accroissement du volume des charges à la surconsommation médicale. Il faut aussi évoquer les charges de fonctionnement des prestataires de soins ou fournisseurs de produits pharmaceutiques.

3- Au niveau des médecins et pharmaciens privés :

D'abord ils sont considérés comme des commerçants et donc lourdement imposés à ce titre, le montant des charges fiscales est supporté en fin de compte par le malade, consommateur des soins.

Ensuite du fait du progrès de la médecine, de nouveaux moyens d'investigation apparaissent et leur utilisation se répand rapidement (le développement de la radiologie en est un exemple) et les médecins prescrivent plus facilement des examens radiologiques que les assurés réclament souvent eux même. Or la sophistication du matériel en augmente considérablement les coûts qui sont en fin de compte également supportés par les assurés et les assureurs.

Il faut également noter ici un problème lié à la mentalité des Africains qui adorent les longues ordonnances en fonction desquelles ils apprécient la compétence des médecins. Ajoutée à cela, la liberté de prescription qui est un principe déontologique.

Paragraphe D- AUTRES CAUSES DU DEFICIT :

Il s'agit de l'absence de produits financiers et de l'organisation des structures de santé qui pose un problème pour l'application du contrat S'agissant de l'absence de produits financiers :

D'abord, le réassureur n'intervient pas en assurance maladie.

Ensuite, la courte durée du délai de carence ne permet pas rentabiliser les primes perçues (placements conséquents) et d'obtenir ainsi quelques produits financiers substantiels.

Enfin, et c'est une particularité du contrat d'assurance maladie : c'est un contrat de gestion.

Tous les facteurs ci-dessus relevés grèvent l'assurance maladie d'un lourd déficit (voir tableau C en annexe) qui par ce fait entrave l'essor de cette branche.

Toutefois, des améliorations apportées au système actuel de l'Assurance Maladie pourront "réduire" ce déficit et lui assurer un avenir meilleur.

Il s'agira dans ce chapitre de proposer des ébauches de solutions et/ou améliorations susceptibles de favoriser une meilleure intégration de l'Assurance Maladie dans les pays de la CICA, plus précisément au Cameroun dont nous avons étudié le cas.

A cet effet, nous présenterons dans une première section les solutions et améliorations qui sont du ressort des Pouvoirs Publics et dans une seconde section, celles qui relèvent des Compagnies d'Assurances.

SECTION I- LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS (L'ÉTAT) :

Les actions de l'Etat se situent à quatre niveaux :

- la révision de l'organisation, de la gestion des formations sanitaires et des circuits de distribution des produits pharmaceutiques ;
- l'organisation de la Médecine Traditionnelle ;
- le renforcement de l'éducation pour la santé ;
- autres actions : le contrôle de l'application des textes, la réduction relative de la fiscalité applicable aux médecins et aux pharmaciens.

Ces actions de l'Etat permettront une amélioration de l'environnement (cadre sociale) de l'Assurance Maladie.

Paragraphe A- LA REVISION DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES- LA REVISION DES CIRCUITS DE DISTRIBUTION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

1- LA REVISION DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES :

Il s'agira dans un premier temps de maîtriser la croissance des charges d'hospitalisation. Cette maîtrise passe par une meilleure adaptation des investissements hospitaliers aux besoins réels de la population et par une amélioration du fonctionnement des établissements de distribution de soins du secteur public.

En effet, les manifestations de la crise économique dans les formations sanitaires au Cameroun se traduisent par la diminution ou l'absence de ressources qu'entraînent l'inadéquation entre les objectifs et les moyens, entre les missions et les structures, la difficulté de faire des plans durables et enfin la mise en cause de la raison d'être de certaines formations sanitaires.

Il faut donc gérer la pénurie de ressources.

Même si la principale cause de cette situation (pénurie de ressources) est la baisse cruelle du prix des matières premières, il y en a d'autres qui l'aggravent, notamment la prééminence des intérêts particuliers sur l'intérêt général, le gaspillage, l'absence de maintenance.

Cette situation appelle donc impérativement :

- la moralisation des comportements c'est-à-dire de débarrasser les formations sanitaires de maux tels que la corruption, la malhonnêteté ;
- la priorité de l'intérêt de service sur les intérêts particuliers ;
- la rationalisation de l'utilisation des moyens disponibles.

Il faudra surtout ne pas hésiter à prendre des mesures destinées à sanctionner le personnel indélicat, qui qu'il soit.

Il s'agira dans un second temps pour l'Etat, de résoudre le problème des populations rurales.

En effet, les difficultés d'accès aux soins médicaux dans les zones rurales proviennent dans une certaine mesure de l'insuffisance de matériels, du personnel et des institutions.

Il faudra donc y renforcer la densité médicale :

- équiper toutes les zones rurales au moins d'un centre de santé développé ;
- affecter dans ces établissements un minimum de personnel qualifié.

En plus de l'organisation et de la gestion des formations sanitaires, une action de l'Etat est à mener au niveau de la distribution des produits pharmaceutiques.

2- LA REVISION DE LA DISTRIBUTION DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

Il faudra à ce niveau, d'abord restructurer le secteur de la pharmacie.

La distribution de produits pharmaceutiques doit faire l'objet d'une réglementation précise afin d'en réduire le coût, d'en permettre une desserte bien répartie géographiquement.

.../

A ce titre, il faudra établir un système permanent et/ou périodique de révision de prix afin d'en garantir le juste coût, surtout dans le secteur privé laïc.

Il faudra ensuite surveiller de près les circuits de distribution de produits pharmaceutiques.

En effet au Cameroun, il existe plusieurs circuits de distribution de produits pharmaceutiques dont un très inquiétant est clandestin, et qui trouve son siège dans les quartiers pauvres des grandes villes ou dans les villages. Les produits vendus par ce circuit proviennent le plus souvent du Nigéria et sont distribués par des vendeurs à la sauvette.

Enfin, il faudra renforcer en nombre les pharmacies hospitalières, les pharmacies rurales, renforcer l'industrie pharmaceutique locale pour l'adapter aux besoins locaux. Il faudra également assurer à ces pharmacies rurales et hospitalières un approvisionnement régulier et suffisant, afin d'éviter et de limiter les ruptures de stock trop fréquentes.

Après avoir réorganisé le secteur moderne de distribution de soins et de distribution de produits pharmaceutiques, l'Etat doit organiser la Médecine Traditionnelle compte tenu du nombre de personnes qui la sollicitent encore dans nos pays.

Paragraphe B- L'ORGANISATION DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE :

La Médecine Traditionnelle est une notion assez vague désignant en général les pratiques de soins de santé anciennes, liées à une culture, et qui avaient cours avant l'application de la Science aux questions de la santé, par opposition à la médecine moderne, officielle.

On pourrait donc selon MAMADOU KOUMARE (expert à l'OMS) définir la Médecine Traditionnelle africaine comme "l'ensemble de toutes les connaissances techniques de préparation et d'utilisation de substances, mesures et pratiques en usage, explicables ou non, et qui sont basées sur les fondements socio-culturels et religieux des collectivités africaines".

Ces connaissances s'appuient sur les expériences vécues et les observations transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, et servent à diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental ou social (la maladie...)

La santé est donc perçue dans les civilisations africaines à la fois dans ses dimensions somatique, psychologique et sociale : la Médecine Traditionnelle est une médecine globale.

Le Tradipraticien quant à lui, est une personne reconnue par la collectivité au sein de laquelle elle vit, comme compétente pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des techniques de la Médecine Traditionnelle. Il posera un diagnostic, prescrira et fera exécuter sa propre prescription, qu'elle soit remèdes ou rites thérapeutiques. On retrouve ainsi chez lui confondus l'art de soigner et l'art pharmaceutique, les deux éléments principaux constituant un système sanitaire.

Selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), huit Africains sur dix recourent à la Médecine Traditionnelle pour se soigner. Elle a donc des avantages certains.

1- AVANTAGES DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE :

- elle a un faible coût, elle est populaire et simple ;
- elle met en valeur la dimension socio-affective de la maladie :
c'est une médecine de l'affection ;
- un grand prix est attaché aux services et aux avis des praticiens autochtones car ils sont donnés dans un langage compréhensible par le malade et dans le cadre de valeurs et pratiques culturelles que partagent malade et tradipraticien ; ce qui fait que même lorsque l'Etat aura réussi à mettre des soins de santé modernes à la disposition de la population, certains habitants continueront à recourir à la Médecine Traditionnelle pour se soigner, même si cette solution est plus coûteuse (le malade a confiance en elle).

.../

Tout rattache donc au tradipraticien enraciné dans le quotidien, le connu, jouant sur les nerfs, le coeur, les sensations, etc..., tout ce qui fait que nous nous sentons vivre, car réelle est sa tradition puisqu'elle vient du village.

- Les tradipraticiens occupent une place importante dans les soins de santé primaires. En effet plus de 80 % des médecins salariés de l'Etat travaillent dans les grandes villes qui n'abritent que 15 % de la population totale. Les praticiens privés travaillent eux aussi presque exclusivement dans les grandes villes. Ce sont donc les tradipraticiens qui soignent les groupes défavorisés de la population et qui sont les plus nombreux.

A ce titre, et compte tenu des autres avantages cités, il est nécessaire et impératif d'organiser ce secteur et de l'introduire dans les systèmes de soins de santé officiels.

Mais si elle a des avantages, la Médecine Traditionnelle a aussi des inconvénients.

2- INCONVENIENTS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE :

La Médecine Traditionnelle est confrontée à deux genres de problèmes qui constituent en fait les inconvénients du système : un problème d'ordre juridique et un problème d'ordre académique.

En ce qui concerne le problème juridique, aucune loi ne reconnaît au Cameroun la Médecine Traditionnelle. Ce qui lui crée un lourd handicap.

En ce qui concerne le problème académique, il convient de remarquer que la Médecine Traditionnelle n'a pas d'école puisqu'elle ne s'enseigne pas : la transmission des connaissances se fait ici de manière intime, du maître (tradipraticien) à l'élève.

Mais, malgré ses inconvénients et compte tenu surtout de sa popularité, il faut que l'Etat prenne une ferme décision politique pour la reconnaître, et surtout avec l'aide des scientifiques de la médecine moderne, essayer la codification des actes qui en découlent pour lui donner un langage universel.

Il faudra également promouvoir une collaboration étroite entre les deux systèmes de médecine.

Un peu partout en Afrique, on a constaté ces dernières années une tendance "assez négative" car on restreint la Médecine Traditionnelle à sa seule pharmacopée, ce qui est une erreur fondamentale. En effet dans ce domaine, l'homme et la pratique forment un tout indivisible car "n'est pas Tradipraticien qui veut" et c'est là une des distinctions essentielles entre le Tradipraticien et l'herboriste.

Cette tendance se manifeste également dans les milieux médicaux au Cameroun où, après un entretien avec un cadre de l'Institut des Plantes Médicinales, nous avons constaté qu'ils ne s'intéressent qu'aux moyens utilisés par les thérapeutes traditionnels afin de les tester, les exploiter et les commercialiser. L'homme lui même est à la limite méprisé et confondu au charlatan.

Certes, les charlatans existent en ville, mais il ne faudrait pas faire endosser aux thérapeutes traditionnels les méfaits d'un charlatanisme urbain. Les vrais tradipraticiens se rencontrent dans les villages où leur seule publicité est faite par d'anciens malades guéris.

Indépendamment de l'organisation de la Médecine Traditionnelle, qui permettrait aux compagnies d'assurance (en l'intégrant dans leur système) d'offrir des contrats qui répondent dans une certaine mesure aux besoins des assurés, l'action de l'Etat passe par l'éducation pour la santé, c'est-à-dire la prévention.

Paragraphe C- L'EDUCATION POUR LA SANTE :

Il s'agira de modifier et d'améliorer, par l'éducation sanitaire, le milieu social et les comportements en matière de santé car le comportement peut être la cause principale d'un problème de santé (drogue, alcool, tabac, etc...) mais il peut aussi en être la solution principale (hygiène).

Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à décider de leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leur propre choix pour une vie plus saine ; toutefois on ne les forcera pas à charger.

L'éducation sanitaire ne remplacera pas d'autres prestations sanitaires, mais elle sera nécessaire à leur bonne utilisation (action contre l'automédication des populations). Elle encourage donc des comportements qui favorisent la santé, permettent d'éviter les maladies (prévention), de guérir si l'on est malade et de faciliter la réadaptation. Les besoins et les centres d'intérêt de l'individu, des groupes, etc... doivent être au coeur des programmes d'éducation sanitaire.

L'éducation sanitaire est donc la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. Elle n'est pas synonyme d'information pour la santé ; toutefois une bonne information en est un aspect fondamental, essentiel.

L'éducation pour la santé ne remplira pleinement son rôle, sa fonction, que si elle encourage les populations à participer et à choisir eux mêmes, et l'action des Pouvoirs Publics doit aller dans ce sens.

Mais face à l'ampleur des problèmes liés à la détérioration de l'environnement , l'action de l'Etat devra être fondamentale surtout dans l'assainissement, par :

- le contrôle des eaux potables, des eaux de boisson et des aliments ;
- l'hygiène du logement ;
- le contrôle des eaux résiduelles et des déchets ;
- le contrôle de la contamination atmosphérique.

D'autres tâches incombent également à l'Etat en ce qui concerne le meilleur développement de l'Assurance Maladie au Cameroun.

Paragraphe D- AUTRES ACTIONS DE L'ETAT :

Il s'agira essentiellement du contrôle de l'application des textes réglementaires en matière de prix de soins de santé (prestations sanitaires) : la codification des lettres-clés; et étant donné que les médecins et les autres membres du corps médical n'ont pas rejeté officiellement les barèmes fixés, ils sont tenus de les appliquer.

Il s'agira aussi de réduire, dans une certaine mesure, les charges fiscales de fonctionnement des médecins et pharmaciens, ceci en vue de réduire le coût des prestations à la charge de l'assuré et des assureurs.

Une action de l'Etat seule ne suffira pas pour améliorer le développement de l'Assurance Maladie en Afrique ou au Cameroun, même si elle est au centre de ce développement. Il faudra également qu'une action soit menée au niveau des Compagnies d'Assurance .

SECTION II- RÔLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE :

Pour améliorer le développement de l'Assurance Maladie, le rôle des Compagnies d'Assurance se situe également à quatre niveaux :

- la révision du réseau de distribution ;
- l'amélioration de produits offerts ;
- la gestion rationnelle des ressources et la présence de cadres compétents;
- le renforcement du processus de contrôle.

Paragraphe A- LA REVISION DU RESEAU DE DISTRIBUTION DES PRODUITS OFFERTS :

L'offre d'assurance doit être active, intensive et généralisée. Cela exige que les assureurs soient présents partout ou que les actions de leurs agents généraux se fassent sentir dans tous les coins du pays.

Il faut que cette offre intéresse tous les agents économiques sensibilisés au bienfait de l'Assurance Maladie : les assureurs doivent donc tout faire pour attirer ces assurables, susciter en eux le désir de souscription.

Pour cela, ils doivent faire de la publicité, non seulement de la publicité de produit pour vanter les qualités des produits offerts mais aussi de la publicité institutionnelle pour soigner davantage leur image.

Il faudra aussi animer le réseau de distribution de l'Assurance Maladie.

Le sens profond de la distribution est d'organiser la rencontre des produits et de la demande de ces produits, et la vente doit concrétiser une démarche d'analyse des besoins du client.

Un effort doit donc être porté sur la qualité du recrutement, de la formation des agents pour une meilleure prospection dont les effets réjailliront agréablement sur la qualité des affaires souscrites.

Les assureurs devront soigner leur image et réviser le réseau de distribution de l'Assurance Maladie, mais il leur faudra aussi améliorer les produits offerts pour en apprécier les effets c'est-à-dire l'augmentation du volume de souscription.

Paragraphe B- AMELIORATION DES PRODUITS OFFERTS :

La nécessité de présence, de capacité de réponse aux défis que lui lancent les hommes n'est possible à l'Assurance que grâce à l'innovation. Toutefois, il s'agira d'une innovation raisonnée.

Les assureurs doivent en effet créer des produits. Ils doivent mettre à la disposition des clients des produits modulaires pour s'adapter à leurs besoins et à leurs ressources.

Innover ne consistera pas seulement à inventer un produit totalement nouveau, mais à apporter de façon continue des modifications à la gamme de produits offerts au titre de l'Assurance Maladie.

D'abord en ce qui concerne l'offre de produits répondant à un besoin, les assureurs pourront prévoir la prise en compte des actes de la Médecine Traditionnelle, si évidemment certains préalables sont remplis, entre autres la reconnaissance de ce système de soins et la codification des actes qui en relèvent.

.../

Toutefois, il faudra éviter d'offrir des produits qui incitent à la consommation abusive : il faudra donc revoir le contenu des contrats et éviter autant que possible d'offrir des niveaux de couverture élevés (entre 80 % et 100 %) qui sont source d'abus.

Ensuite, pour ce qui concerne l'adaptation du produit aux ressources de l'assuré, il faudra offrir des contrats dont les prestations seront adaptées à la prime, pour résoudre ainsi le problème lié au coût élevé de l'Assurance Maladie par rapport au faible pouvoir d'achat d'une grande majorité de nos populations.

A ce titre, on pourra par exemple proposer aux agents économiques à revenus moyens, des contrats à un coût de base faible ou des contrats standards assortis de certaines restrictions par rapport au contrat normal : dans ces nouveaux contrats, il n'y aura pas le libre choix du médecin ou de la structure d'accueil ; les assurés seront orientés vers des structures d'accueil avec lesquelles l'assureur aura préalablement signé des conventions, etc...

L'amélioration des produits offerts par les "assureurs maladie" vise en partie l'augmentation et l'élargissement de l'éventail des assurés. A côté de cet objectif, les assureurs doivent, pour assurer un meilleur avenir à la Branche Maladie, gérer rationnellement les ressources dont ils disposent.

Paragraphe C- LA GESTION RATIONNELLE DES RESSOURCES ET LA NECESSITE DE CADRES COMPETENTS AU SEIN DES COMPAGNIES :

L'offre et la demande d'Assurance Maladie ont beau être abondantes : ceci n'aurait aucun effet bénéfique aux Compagnies si les responsables de la gestion des contrats sont incompétents.

Cela est vrai pour l'Assurance Automobile pour laquelle on note au sein du département, la présence de techniciens "auto" qui apprécient le risque avant la souscription et en cas de sinistre. Cela est également vrai pour l'Assurance Incendie puisque la présence au sein des Compagnies d'Assurance d'ingénieurs Incendie justifie une tarification optimale du risque. Cela est aussi vrai parfois en Assurance Transport.

A cet effet, il est aisé de comprendre que pour mener à bien l'Assurance Maladie qui est fondamentalement un acte de prévoyance, il est impérieusement nécessaire d'avoir au sein du département un praticien de la médecine en tant que salarié.

Il ne sert à rien, sinon à un gaspillage de ressources, d'avoir une multitude de médecins - conseils comme nous avons pu le constater au sein de certaines Compagnies. Ces médecins qui sont payés chers à l'acte (de façon ponctuelle pour un service) et qui sont extérieurs aux Compagnies deviennent parfois complices des assurés car faisant aussi de la clientèle privée et ils ne se sentent pas concernés par les objectifs des Compagnies d'Assurance.

La présence de cadres compétents est donc un préalable pour l'action principale des Compagnies d'Assurance, surtout en temps de crise, dans l'amélioration du développement de l'Assurance Maladie : le renforcement du processus de contrôle.

Paragraphe D- LE RENFORCEMENT DU PROCESSUS DE CONTROLE :

Il s'agit du contrôle médical en particulier.

Une fois la présence de cadres compétents assurée au sein du département, les Compagnies d'Assurance pourront prétendre renforcer le processus de contrôle car le contrôle au sein des Compagnies d'Assurance n'est pas un phénomène nouveau.

Il leur faudra pour cela, redéfinir le but du contrôle, les formes du contrôle et le rôle du médecin chargé de ce contrôle.

1- BUT DU CONTROLE :

L'exercice de la médecine se ressent de l'évolution scientifique et technique de l'art de guérir, ouvrant de façon continue des perspectives nouvelles pour la détection comme pour le traitement des maladies. Il importe donc de s'assurer que cette évolution scientifique atteigne son but logique et final qui consiste à mieux guérir et à mieux sauvegarder.

C'est ce souci qui se reflète dans le contrôle de la qualité de soins.

L'Assurance Maladie couvre la plus grande part des dépenses de soins tant en hospitalisation et en médicaments qu'en soins médicaux et para-médicaux, soit par le remboursement des avances faites par l'assuré aux prestataires soit en prenant directement en charge ces frais. Le contrôle intervient dans ces deux domaines dans la mesure où son rôle est de veiller au respect des dispositions contractuelles et à celui de l'art de guérir. A l'égard de cette finalité, règlement et contrôle se conforment.

Il ne fait aucun doute que l'objectif du contrôle vise en ordre principal l'aspect économique du service de soin, dans un sens de régulation et d'une maîtrise des dépenses, tendant à ne faire supporter par l'Assurance que les choses qui lui incombent et répondent à ses objectifs.

Au total, tout acte médical, dans le cadre des dispositions et règlements, doit répondre à trois critères :

- . était-il nécessaire ?
- . fut-il efficace sinon bien exécuté ?
- . son coût n'était-il pas excessif ?

et le but du contrôle est de veiller à cela.

Examinons maintenant sous quelles formes doit se développer le contrôle.

2- FORMES DU CONTROLE :

Le contrôle doit intervenir avant, pendant et après le sinistre (maladie ou accident). Il revêt plusieurs formes (médical, administratif).

- Une première forme de contrôle interviendra à la souscription du contrat et visera la conformité des déclarations de l'assuré avec la réalité. Il s'agira d'un contrôle médical.

Le médecin aura à examiner le futur assuré et à donner un avis sur la tarification à appliquer.

- Une deuxième forme de contrôle aura pour objet la vérification de la feuille-maladie compte tenu des dispositions réglementaires. Il s'agira d'un contrôle administratif.

Ce contrôle s'exercera de façon permanente au niveau des Compagnies, plus précisément au moment où la demande de paiement sera introduite. Ce contrôle va concerner en fait le respect des conditions d'octroi des garanties, l'accomplissement des formalités permettant l'intervention de l'Assurance et la vérification sur pièces de la tarification appliquée (nomenclature, valeur des lettres-clés, cumul autorisé etc...).

Il appartiendra au médecin d'assurance de s'informer de la portée exacte des interventions et de décider en conséquence. A ce titre, il convient de rappeler que le médecin ne devra pas seulement avoir un pouvoir d'avis à l'égard de l'Administration mais aussi posséder un réel pouvoir de décision qui engage la société, et on doit en tenir compte lors de son recrutement.

Une troisième forme de contrôle qui aura cette fois un caractère médical visera la conformité de la feuille de soins à ceux réellement dispensés.

Le contrôle médical à ce niveau est justifié par une certaine immaturité dans le comportement des prestataires et bénéficiaires de soins. En effet, dans le système actuel, la couverture de soins est fonction du certificat que le praticien délivre et sa valeur dépend entièrement du degré de confiance qu'on lui accorde. Or, plus un système est fondé sur des valeurs morales telles que la sincérité et l'honnêteté, plus il est exposé à la faiblesse des hommes, et à la tentation qu'ils peuvent avoir de détourner une partie des fonds à leur profit personnel : c'est la définition même de l'abus.

Pour le contrôle, c'est le domaine essentiel de l'enquête et de la recherche, car il est clair que l'examen des seuls formulaires de feuille-maladie ne permettra pas de détecter ces abus. Le plus souvent, l'irrégularité n'apparaîtra que lorsque l'on aura comparé le document attestant les soins avec la constatation de ce qui aura été effectivement pratiqué.

Il existe d'autres formes de contrôle qui visent soit à vérifier l'identité du malade en cas d'hospitalisation, soit la conformité des soins donnés aux exigences de la réglementation.

Il s'agira dans ce second cas de bien vérifier les prestations pour lesquelles il faut au préalable une autorisation du médecin-conseil.

La mission de contrôle médical au sein des Compagnies d'Assurance, doit être effectuée par des médecins à cause du souci de respect du secret médical et surtout de l'art de guérir. Ces médecins ont par ailleurs d'autres rôles à jouer.

3- ROLES DU MEDECIN CONSEIL :

Le médecin conseil sera chargé :

- du contrôle médical portant sur : l'appréciation de l'état de santé de l'assuré à la souscription, tous les dossiers de sinistres (pour apprécier l'imputabilité de ces sinistres à l'Assurance Maladie), la régularité des certificats médicaux et des factures, etc... ;
- de l'étude des dossiers d'évacuations sanitaires. A ce sujet, il faut rappeler qu'une évacuation ne peut intervenir que lorsque, par manque d'équipements ou de spécialistes appropriés, il est manifestement difficile de traiter rapidement et efficacement le malade dans les formations sanitaires locales (publiques ou privées) ;
- en cas d'hospitalisation, de la vérification de l'identité de l'assuré malade, de la durée de l'hospitalisation, etc... ;
- de la préparation des dossiers à soumettre pour expertise ;
- des missions de conseil auprès des assurés et de leur médecin traitant.

En ce qui concerne la mission auprès des assurés, le médecin devra les sensibiliser afin qu'ils se rendent compte des abus volontaires ou involontaires de consommation et le coût qu'ils entraînent pour eux soit en franchise, soit en majoration de prime, soit en frais non remboursés.

En ce qui concerne les médecins traitants, il s'agira pour le médecin conseil, indépendamment de toutes activités de contrôle et en collaboration avec d'autres techniciens d'assurance, de développer des moyens d'informations auprès de ces médecins traitants pour les aider à mieux comprendre la finalité, le fonctionnement et les soucis du système d'assurance.

Ce n'est qu'en établissant ce contact que pourront être créées des conditions d'une collaboration confiante avec tous les praticiens qui seront ainsi mieux sensibilisés aux aspects économiques de la distribution de soins.

Le médecin conseil aura également pour mission d'apprécier les prestataires de soins et/ou établissements de distribution de soins avec lesquels les Compagnies d'Assurance pourront signer des conventions.

Dans le cadre de ses activités, le médecin conseil aura donc à élaborer une politique d'encadrement sanitaire et de gestion du Risque Maladie.

Enfin nous estimons que le médecin salarié des Compagnies d'Assurance sera rattaché directement à la Direction Générale et non au Chef de département pour plus d'indépendance dans l'accomplissement de ses tâches.

Telles sont les améliorations qui nous semblent susceptibles de favoriser une meilleure intégration et un développement certain de l'Assurance Maladie au Cameroun en particulier et dans les pays de la C.I.C.A. en général.

* *

*

C O N C L U S I O N

Quel est en définitive l'avenir de l'Assurance Maladie au Cameroun en particulier et dans les pays de la C.I.C.A. en général ? Car elle fait face à des problèmes. Mais ceux-ci entravent son avenir ?

Branche déficitaire comme l'Assurance Automobile, l'Assurance Maladie semble malgré tout porteuse en raison de son potentiel (population assurable très étendue).

Il y a quelques années, la majeure partie des agents économiques (les menages) avaient du mal à consacrer une part de leur revenu aux dépenses médicales. Aujourd'hui, les mentalités ont évolué et le coût des prestations servies est élevé, non seulement à cause des progrès de la médecine, mais aussi à cause des charges de fonctionnement des prestataires de soins. En outre, la crise économique est venue réduire le pouvoir d'achat déjà faible desdits agents économiques.

Face à cette situation, l'Assurance Maladie pourrait aider nos populations à résoudre leur problème de santé sans gréver dangereusement leur budget.

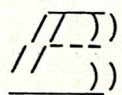
Mais pour y parvenir, il faudrait effectuer certains aménagements, non seulement au sein des Compagnies d'Assurances (amélioration du produit, renforcement du processus de contrôle etc...) mais surtout au niveau de la qualité et de l'étendue de la couverture sanitaire.

Le développement de l'Assurance Maladie dans les pays de la C.I.C.A. semble nécessairement lié à ces préalables dont ni l'énumération ni l'analyse ne prétendent être exhaustives.

*

*

*



I B L I O G R A P H I E

- CROQUEZ Gilbert, Code des Assurances,
6ème édition annotée, L'ARGUS 1987
- DOUBLET Jacques, La Sécurité Sociale,
5ème mise à jour, Presses Universitaires
de France 1972
- Fédération des Associations de Prévoyance et de Prévention,
Guide pratique de la prévoyance,
L'Assurance Française 1988
- Organisation Mondiale de la Santé, Rapport sur la situation
pharmaceutique dans le monde, 1988
- Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, Recueil des textes de base,
2ème édition mise à jour au 31 décembre 1979.-

*

*

*

/ 7 N N E X E S

T A B L E A U A

STATISTIQUES SUR LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES (SOURCE : MINISTERE DE LA SANTE) (Secteur Public)

<u>I- INFRASTRUCTURE SANITAIRE</u>		1è Sem 88	2è Sem 88	1è Sem 89
1- Etablissements sanitaires				
Hôpitaux		251	251	251
CSD		281	281	281
CSF		528	528	528
PMI et Maternité		137	137	137
Dispensaire-Infirmerie		588	588	588
Pharmacies		177	177	177
Propharmacies		220	220	220
TOTAL		2 182	2 182	2 182
2- Capacité hospitalière(nombre de lits)				
Adamaoua		912	912	912
Nord		760	760	760
Extrême Nord		2 914	2 914	2 914
Nord Ouest		2 757	3 118	3 118
Centre	* Centre et Sud	* 6 893	4 112	4 112
Sud			2 173	2 173
Sud Ouest		3 078	2 800	2 800
Littoral		5 016	4 636	4 636
Est		1 762	1 609	1 609
Ouest		5 735	6 251	6 251
TOTAL		29 827	29 285	29 285
3- Personnel médical et paramédical				
Médecin		888	934	934
Chirurgien dentiste		48	53	53
Pharmaciens		201	206	206
Infirmiers et techniciens de santé		4 845	6 053	6 053
Aides soignantes		4 225	5 011	5 011
Autres		6 074	6 695	6 695
TOTAL		16 281	18 952	18 952
<u>II- INDICATEUR DE LA POLITIQUE DE SANTE</u>				
Population		10 600 000	10 800 000	10 800 000
- Indice habitant,/catégories professionnelles				
Médecin		11 936	11 500	11 400
Chirurgien dentiste			203 700	203 700
Pharmacien			52 400	52 400
Technicien infirmier			1 780	1 780
Aide soignant			2 150	2 150
- Indice habitant/ formation sanitaire				
Hôpital			43 000	43 000
CSD			38 400	38 400
CSE			20 400	20 400
PMI Maternité			78 000	78 000
Dispensaire-Infirmerie			18 300	18 300
Pharmacie			61 000	61 000
Propharmacie			49 000	49 000

- Indice habitants / lit	364	369	392
- Nombre de lit / type de personnel			
Médecin		31	31
Chirurgien dentiste		553	553
Infirmier technicien		5	5
Aide soignant		5	5

T A B L E A U B

FORMATIONS SANITAIRES DU SECTEUR PRIVE LAIC

I- ETABLISSEMENTS SANITAIRES

- Polycliniques	15
- Cliniques	54
- Cabinets médicaux	86
- Cabinets dentaires	14
- Cabinets de soins	15
- Cabinets	3
- Centre d'audiométrie	1
- Institut de l'enfance	1
- Centre de la mère et de l'enfant	1
Docteurs	4
- Cabinet d'ophlhalmo.	1
TOTAL	195

II- REPARTITION DES PHARMACIES

	Nombre effectif	Nombre prévu
- Adamaoua	4	8
- Centre	54	62
- Est	5	13
- Extrême Nord	6	14
- Littoral *	62	64
- Nord	6	10
- Nord Ouest	8	91
- Ouest	22	30
- Sud	7	7
- Sud Ouest	13	19
TOTAL	187	248 prévues.-

* une pharmacie est en supplément à Douala

III- REPARTITION DES FORMATIONS SANITAIRES PRIVEES LAIQUES / PROVINCE

- Centre	56
- Littoral	95
- Sud	6
- Ouest	8
- Est	5
- Extrême Nord	2
- Nord	1
- Nord Ouest	10
- Sud Ouest	12
- Adamaoua	0
TOTAL	195

COMPTE D'EXPLOITATION DE LA BRANCHE MALADIE (en millions) d'une Compagnie (x...)

	1985		1986		1987		1988		1989	
	Montant		Montant		Montant		Montant		Montant	
<u>Ressources</u>										
Primes nettes	1 080		1 350 ₯		1 600 ₯		1 650 ₯		1 900 ₯	
Autres éléments de crédit	-		-		-		-		-	
TOTAL ₁	1 080		1 350		1 600		1 650		1 900	
<u>Charges</u>										
Sinistres payés	1 128 ₯		1 500 ₯		1 620 ₯		1 770 ₯		2 210 ₯	
Accroissement										
Net de provisions tech.	-		-		-		-		-	
Commissions 15%	162		202,5		240		247,5		285	
Autres charges 15%	162		202,5		240		247,5		285	
(Autres éléments de débit)										
Total ₂	1 452		1 905		2 100		2 265		2 780	
Solde général (Total ₁ - Total ₂)	-372		-555		-500		-615		-880	

// A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION GENERALE -----	1
PREMIER CHAPITRE : LA PROTECTION SOCIALE EN MATIRE DE SANTE ----	7
SECTION I : LA COUVERTURE SANITAIRE -----	7
Paragraphe A : Le Secteur public de distribution de soins -----	7
1- Les différentes catégories d'établissements -----	7
2- Rôles et objectifs de ces établissements -----	8
3- Fonctionnement et financement -----	9
4- Insuffisances du secteur public -----	10
Paragraphe B : Le Secteur public de distribution de soins -----	10
1- Avantages -----	10
1°) attrait pour les clients -----	11
2°) attrait pour le personnel médical -----	11
2- Les inconvénients -----	11
Paragraphe C : La Situation du secteur pharmaceutique -----	12
SECTION II : LA SECURITE SOCIALE COMME MOYEN D'EXECUTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE DE L'ETAT -----	13
Paragraphe A : La Protection de la santé par la Sécurité Sociale: le modèle français : -----	13
1- Buts de la protection de la santé -----	14
2- Fonctionnement général de la protection de la santé -----	14
a) Prestations en nature -----	15
1°) Assurance Maladie -----	15
1a°) le fonctionnement -----	15
1b°) nature des prestations -----	16
1c°) les bénéficiaires -----	17
1d°) conditions d'accès aux prestations ----	17
2°) Assurance Maternité -----	18
2a°) fonctionnement -----	18
2b°) nature des prestations -----	18
2c°) les bénéficiaires -----	18
2d°) conditions d'accès aux prestations ----	18
3°) Assurance des risques professionnels -----	19
3a°) définition -----	19
3b°) bénéficiaires -----	19
3c°) conditions d'accès aux prestations ----	19
3d°) nature des prestations -----	19

b) Cas des prestations en espèces -----	19
1°) Les indemnités journalières -----	20
1a°) maladie-accidents non professionnels ----	20
1b°) maternité -----	20
1c°) risques professionnels -----	21
2°) Les rentes et pensions -----	21
Paragraphe B : La Sécurité Sociale au Cameroun -----	22
1- Historique - Présentation -----	23
2- Population concernée et bénéficiaire -----	24
3- Contenu de la protection - Condition d'ouverture aux prestations -----	24
a) les prestations familiales -----	24
b) 1'assurance des risques professionnels -----	25
c) 1'action sanitaire et sociale à la CNPS -----	26
Paragraphe C : Le financement de la Sécurité Sociale -----	28
Paragraphe D : Difficultés des systèmes de Sécurité Sociale en Afrique et en particulier au Cameroun -----	29
DEUXIEME CHAPITRE : LA NECESSITE D'UNE ASSURANCE MALADIE -----	31
SECTION I : QUELQUES PARTICULARITES -----	32
SECTION II : L'ASSURANCE MALADIE COMME PALLIATIF AUX INSUFFISANCES DES SYSTEMES DE PROTECTION SOCIALE -----	33
Paragraphe A : Faiblesse du montant des remboursements -----	34
Paragraphe B : Population couverte par la CNPS -----	34
SECTION III : ANALYSE DE L'ASSURANCE MALADIE -----	35
Paragraphe A : Intérêt de 1'Assurance Maladie -----	35
1- Pour les assurés -----	35
2- Pour les employeurs -----	35
3- Pour les compagnies d'assurance -----	36
Paragraphe B : Fonctionnement de 1'assurance maladie -----	36
1- A la souscription -----	36
2- Prise d'effet de la garantie : le délai de carence--	37
3- Le règlement de sinistre -----	38

Paragraphe C : Les inconvénients de l'assurance maladie -----	39
Paragraphe D : Le financement de l'assurance maladie -----	40
SECTION IV : LES PROBLEMES DE LA BRANCHE MALADIE -----	40
Paragraphe A : La fraude -----	40
1- Les causes de la fraude -----	41
a) l'attitude des compagnies -----	41
1°) absence de contrôle -----	41
2°) incompetence du personnel -----	41
3°) le problème de l'organisation administrative--	41
b) le fonctionnement du contrat -----	42
2- Quelques cas de fraude -----	42
a) il n'y a pas eu d'acte médical-----	42
b) les cas de complaisance -----	42
Paragraphe B : L'éventail réduit des assurables -----	43
1- Au niveau de l'assureur-----	43
2- Au niveau de l'assurable -----	44
Paragraphe C : Le volume élevé des charges -----	45
1- Au niveau de l'assureur -----	45
2- Au niveau de l'assuré -----	45
3- Au niveau des médecins et pharmaciens -----	46
Paragraphe D : Autres causes du déficit -----	46
TROISIEME CHAPITRE : ADAPTATION DU SYSTEME ACTUEL D'ASSURANCE MALADIE : LES AMELIORATIONS A APPORTER ----	47
SECTION I : LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS -----	48
Paragraphe A : La révision de l'organisation et de la gestion des formations sanitaires- La révision de la distribution des produits pharmaceutiques -----	48
1- La révision de l'organisation et de la gestion des formations sanitaires -----	48
2- La révision de la distribution des produits pharmaceu.	49
Paragraphe B : Organisation de la Médecine Traditionnelle -----	50
1- Avantages de la Médecine Traditionnelle -----	51
2- Inconvénients de la Médecine Traditionnelle -----	52
Paragraphe C : L'éducation pour la santé -----	53
Paragraphe D : Autres actions de l'Etat -----	54

SECTION II : LE ROLE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE -----	55
Paragraphe A : La révision du réseau de distribution -----	55
Paragraphe B : L'amélioration des produits offerts -----	56
Paragraphe C : La gestion rationnelle des ressources et la la nécessité de cadres compétents au sein des compagnies -----	57
Paragraphe D : Le renforcement du processus de contrôle -----	58
1- But du contrôle-----	58
2- Formes du contrôle -----	59
3- Rôles du médecin conseil -----	61
CONCLUSION -----	63
BIBLIOGRAPHIE -----	65
ANNEXES -----	67.