

**CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)**

-----  
**INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)**  
-----

B.P. 1575 YAOUNDE – CAMEROUN TEL. (237) 220.71.52 /FAX (237) 220.71.51

Email: [iia@iiacameroun-com](mailto:iia@iiacameroun-com)

Siteweb: <http://www.iiacameroun>



**Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances  
(DESS-A)**

**L'IMPACT DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE  
SUR L'ACCES  
AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**17<sup>ème</sup> Promotion (Session 2004 – 2006)**

Présenté par :

**TESSA FONDJIO Roméo**

Maîtrise en Droit des Affaires et de  
l'Entreprise

Sous l'encadrement de :

**Monsieur Théophile Gérard**

**MOULONG**

Directeur Technique et de la Réassurance  
La Citoyenne Assurances

**CONFERENCE INTERAFRICAINE DES MARCHES D'ASSURANCES (CIMA)**

-----  
**INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (IIA)**  
-----

B.P. 1575 YAOUNDE – CAMEROUN TEL. (237) 220.71.52 /FAX (237) 220.71.51

Email: [iaa@iiacameroun-com](mailto:iaa@iiacameroun-com)

Siteweb: <http://www.iiacameroun>



**Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Assurances  
(DESS-A)**

**L'IMPACT DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE  
SUR L'ACCES  
AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**17<sup>ème</sup> Promotion (Session 2004 – 2006)**

Présenté par :

**TESSA FONDJIO Roméo**

Maîtrise en Droit des Affaires et de  
l'Entreprise

Sous l'encadrement de :

**Monsieur Théophile Gérard**

**MOULONG**

Directeur Technique et de la Réassurance  
La Citoyenne Assurances

**Les opinions émises dans ce mémoire sont  
propres à son auteur.**

## DEDICACE

A la mémoire de ma maman **Feue FOUEFACK Julienne** qui a tout donné pour la réussite de ses enfants. Puisse ce travail représenter comme elle l'a toujours souhaité, une étape vers quelque chose de plus grand.

## REMERCIEMENTS

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'endroit de toutes les personnes qui de près ou de loin, ont rendu possible la réalisation de ce mémoire.

Merci :

- Au Directeur Général de La Citoyenne Assurances et à l'ensemble de ses collaborateurs, pour l'accueil et le soutien dont nous avons bénéficié pendant toute la période de stage professionnel ;
- A Monsieur Théophile Gérard MOULONG, notre encadreur, qui a su allier rigueur, sympathie et disponibilité dans l'accomplissement de sa mission ;
- A tout le personnel administratif et au corps enseignant de l'Institut International des Assurances (IIA) pour la formation et l'encadrement reçus ;
- A nos aînés de l'Association des Anciens Etudiants de l'Institut International des Assurances (A.A.E.IIA), sous-section Douala pour leur encadrement et leurs conseils ;
- A notre famille entière et à nos amis qui nous ont porté chaque jour leur amour, leurs conseils et leur réconfort.

## TABLE DES ABREVIATIONS

APAD	Association Euro-africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement
ASAC	Association des Sociétés d'Assurance du Cameroun
ASIPES	Association Islamique pour la Promotion de l'Education et la Santé
BIT	Bureau International du Travail
CAPP	Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial
CENAME	Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
CHUY	Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
CIMA	Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
COGEDI	Comité de Gestion du District
COGEPRO	Comité de Gestion de la Province
COSADI	Comité de Santé du District
DCI	Dénomination Commune Internationale
ECAM	Enquête Camerounaise auprès des ménages
FANAF	Fédération des Sociétés d'Assurance de Droit National Africaines
FMSB	Faculté de Médecine et des Sciences Appliquées
FSPS	Fonds Spécial de Solidarité pour la Santé de la Province
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ORL	Ortho Ryno Laryngologiste
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SAILD	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion Sociale et la Pauvreté
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels
VIH/SIDA	Virus d'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquis

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	
LE CONTEXTE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN.....	4
CHAPITRE 1. L'ANALYSE DU SECTEUR SANITAIRE .....	6
Section 1. Aperçu de l'offre et de la demande de soins.....	6
Section 2. Les dépenses de santé de l'Etat.....	12
CHAPITRE 2. LES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES	
Section 1. Le volume des dépenses de santé des ménages.....	16
Section 2. La destination des dépenses de santé des ménages .....	18
DEUXIEME PARTIE :	
CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN .....	22
CHAPITRE 1. L'ASSURANCE DU RISQUE MALADIE .....	24
Section 1. Les mécanismes de l'assurance maladie .....	25
Section 2. Les formes d'assurance privée du risque maladie.....	31
CHAPITRE 2. PROPOSITIONS DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	38
Section 1. Conditions nécessaires au développement de l'assurance maladie privée.....	38
Section 2. L'aménagement de synergies entre différentes formes d'assurance maladie privée.....	44
CONCLUSION GENERALE .....	50

## RESUME

Dans les pays à faible niveau de revenu, la santé est inaccessible pour la grande majorité des pauvres. Depuis la fin de la gratuité de la médecine en raison des difficultés liées à la crise économique et en l'absence de forme de protection sociale organisée, il revient aux individus de supporter l'essentiel des dépenses de santé. Les insuffisances du système de santé dans ces pays, détournent la demande de l'offre moderne de soins, au profit de l'informel. Face à l'inefficience du financement individuel de la santé, la plupart des gouvernements des pays pauvres et des bailleurs de fonds, privilégient la technique de partage du risque. L'étude de l'impact de l'assurance maladie privée limitée au cas du Cameroun, vise à mesurer l'aptitude de la technique de la mutualité à faciliter pour les plus pauvres l'accès aux soins de santé, l'orientation de la demande vers les structures de soins modernes, la protection des personnes et de leurs biens contre le risque d'appauvrissement du fait des dépenses de santé, la sécurisation et l'équilibre des rapports de l'offre et de la demande de soins.

Le constat pratique est que l'assurance regorge des potentialités importantes pour un meilleur financement de la santé. Cependant, son apport réel reste faible : l'assurance maladie commerciale couvre à peine 1% de la population ; les mutuelles, cadre de promotion de la micro-assurance santé, en raison de la modicité des cotisations et de leur taille réduite, peinent à jouer leur rôle d'assureur maladie de première ligne et à influencer durablement l'offre de soins.

L'amélioration du rôle de l'assurance dans l'accès aux soins est possible et passe par le développement de cet outil d'autofinancement collectif du risque. Il importe à cet effet pour l'Etat, d'améliorer le système d'offre de soins et de porter un appui juridique et économique au mouvement mutualiste en vue de lever les obstacles financiers qui fragilisent sa fonctionnalité. L'aménagement de synergies entre les différentes formes d'assurance maladie est possible. Cette démarche va consister pour les mutuelles de santé à transférer leur gestion et/ou leurs risques exceptionnels via la réassurance auprès des sociétés d'assurance, et permettra une extension de la technique de partage du risque maladie aux couches sociales les plus pauvres.

## ABSTRACT

The majority of poor persons in countries with low percapita income are excluded from health care. Since the end of free health care access, due to economic crisis and in the absence of organized social security, people have the burden of essential health expenditures. The limits of health system in these countries and the poor productivity of care supply divert a substantial part of demand from modern care centres. In the presence of limits and inefficiency of individual financing of health, governments of poor countries and the majority of international donors, give preference to the sickness-risk-sharing technique. The study of the impact of the private sickness insurance on the access to health cares, restricted to Cameroon, aims to evaluate its faculty of facilitating poorer person' access to cares, the improvement of the frequenting of modern centres, the protection of persons and their property against the risk of impoverishment, the enhancement and the equilibrium of the relationship between the demand and the supply of cares.

The practical notice is that sickness insurance enables a better financing of health. However, its real contribution today is feeble: the commercial insurance hardly covers 1% of the population; the health mutuals, due to the small size and the modesty of contributions, face difficulties playing their role of first class sickness insurers and to sustainably influence the supply of cares.

A better contribution of the insurance masterminds the development of this financing tool. Therefore, it is important that State improves the care supply system and brings to health mutuals, a juridical and economic support they need to become functional. A synergy framework between different forms of private sickness insurance is possible. Health mutuals could transfer their management or reinsure the exceptional risk to insurance companies; so it is possible to better extend sickness insurance to poorer' persons.

## INTRODUCTION

La santé, comme l'éducation, est prépondérante dans la détermination du niveau de développement d'un pays. Aussi est il devenu courant pour le PNUD de classer les pays dans le monde d'après leur niveau de développement humain. L'accès aux soins de santé reste un défi majeur pour les pays à faible niveau de revenu. Au regard des normes de l'OMS relatives à l'efficacité des systèmes de santé jugés satisfaisants, des efforts considérables sont requis de la part des gouvernements africains pour améliorer leur situation sanitaire. Toute démarche s'y rapportant est indissociable du contexte économique de ces pays. Les réalités sont à quelques infirmes exceptions près, les mêmes en Afrique subsaharienne où règne une atmosphère de pauvreté extrême. Notre démarche se limitera au cas particulier du Cameroun. Depuis 1978, le pays a ratifié la Charte de Développement Sanitaire de l'Afrique, faisant ainsi des soins de santé primaires, la stratégie essentielle en vue d'atteindre l'objectif de la « Santé pour tous en l'an 2000 ». Ce but n'a pas été atteint. Malgré son adhésion à d'autres initiatives africaines ultérieures notamment les Conférences de Lusaka en 1985, d'Hararé en 1987 et surtout de Bamako en 1987<sup>1</sup>, la réforme du système sanitaire demeure insuffisante.

Il faut noter que la gratuité des soins de santé dans les pays africains est aujourd'hui révolue, les Etats n'ayant plus les ressources indispensables pour en supporter la charge financière. Les effets conjugués de la crise économique, des plans d'ajustement structurel et de la dévaluation du franc CFA ont sensiblement réduit leur capacité à financer la santé. L'introduction dans les systèmes de santé du recouvrement des coûts place désormais les patients au premier plan, dans le financement des soins. Dans ces conditions, la santé n'est plus accessible qu'à une petite tranche de la population disposant de revenu suffisant et régulier. C'est le plus grand nombre, les plus pauvres qui se trouvent exclus du système d'accès aux soins pour des raisons financières.

Face à cette situation, compte tenu de l'intérêt politique que revêt la santé en terme de stabilité du pouvoir, de renforcement de la légitimité politique et de préservation de la paix et de la cohésion sociales, les bailleurs de fonds internationaux et la quasi totalité des chefs d'Etat des pays en voie de développement, recherchent des solutions alternatives, en vue d'alléger la charge financière des dépenses de santé des ménages. Bien que le dicton populaire clame régulièrement

---

<sup>1</sup> La Conférence de Bamako adopte le principe du recouvrement des coûts, la participation des patients aux dépenses de santé.

que la santé n'a pas de prix, il faut cependant reconnaître qu'elle a un coût. L'OMS pour sa part il est vrai, préconisait l'usage des médicaments génériques et essentiels pour minimiser les coûts, mais au niveau individuel, l'effet réducteur de cette mesure, n'efface pas le caractère dissuasif des coûts pour les moins nantis en matière d'accès aux soins de santé, compte tenu du niveau de pauvreté des populations. La démarche de partage de risque apparaît comme un élément de la politique générale d'amélioration de la situation sanitaire du Cameroun, telle qu'elle a été définie dans la Stratégie Sectorielle de la Santé.

Des formes de partage de risque existent dans les sociétés traditionnelles camerounaises, mais il s'agit de solidarités embryonnaires difficiles d'évaluation, couvrant environ 15% de la population. L'effort consiste à exploiter les potentialités de l'assurance pour réaliser cet objectif de développement social, via l'accès aux soins de santé du plus grand nombre.

Les pays riches ont développé une prise en charge généralisée du risque maladie assurant à tous une protection sociale. Les jalons de l'assurance universelle remontent au temps de Lord William Beveridge qui préconisait une péréquation des risques à base des recettes fiscales. Ce modèle a pratiquement disparu aujourd'hui, un système universel alternatif initié par Bismarck lui étant préféré<sup>2</sup>. Aucune forme de protection sociale organisée n'existe au Cameroun. Le système de sécurité sociale de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) est doublement restrictif : d'une part il ne couvre que les travailleurs du secteur formel de l'emploi, c'est-à-dire 10% de la population active ; d'autre part seuls les maladies et les accidents professionnels, c'est-à-dire ceux liés à la profession ou survenus à l'occasion de celle-ci rentrent dans le champ d'action de la CNPS. Dans le cadre des réformes du système de sécurité sociale en cours, des discussions sont menées en vue d'introduire dans le domaine d'intervention, le chômage. Un décret existe en matière de protection sociale des fonctionnaires de l'Etat, mais malheureusement, son application effective reste attendue<sup>3</sup>.

Tous les espoirs sont fondés sur l'assurance maladie privée. Cette notion est entendue par opposition au régime d'assurance offert par l'Etat, en ce qu'elle résulte d'une initiative privée. La présente étude vise à déterminer son impact sur l'accès aux soins de santé au Cameroun. La maladie quant à elle est définie comme une altération soudaine et imprévue de la santé, causée par un agent pathogène ou résultant des conséquences d'un accident, dûment constatée par un

<sup>2</sup> Le modèle Bismarck associait des droits égaux vis à vis des prestations, avec des cotisations en fonction des revenus. Aujourd'hui, la couverture universelle est financée par les impôts, les cotisations et les dépenses privées.

<sup>3</sup> Décret N°2000/ 692 PM du 13/09/2000, article 16 : « En cas de maladie ou d'accident non imputable au service, l'Etat participe à concurrence de 60% aux frais de soins médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle et d'appareillage, pour le fonctionnaire, son conjoint et ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs ». Cette participation de l'Etat est limitée à 30% en cas de soins auprès du secteur privé.

médecin compétent. Dans les milieux de l'assurance, le médecin compétent est la personne titulaire d'un diplôme en médecine, agréée par les pouvoirs publics. La notion de santé, moins triste est de plus en plus préférée à celle de maladie à forte connotation négative, par les assureurs. Au fond, les termes renvoient indistinctement à la même réalité, l'un paraissant simplement plus adoucissant. Dans nos développements, l'usage de l'un ou l'autre de ces termes désignera toujours le même risque. En ce sens, l'assurance maladie privée désigne la technique de mise en commun du risque maladie, afin d'alléger la charge financière générée par la maladie qui pèse sur un seul, en la partageant au niveau de la collectivité.

L'assurance maladie privée connaît deux modalités : l'une plus ancienne, dite commerciale, pratiquée par les sociétés régies par le code des assurances CIMA ; l'autre d'apparition récente et encore expérimentale au Cameroun, promue dans le cadre des mutuelles de santé. Quelle que soit la forme, l'assurance maladie privée a-t-elle permis au Cameroun, l'accès du plus grand nombre aux soins de santé et donc servi de levier de développement social et humain ? Cette question suscite bien d'autres. L'accès aux soins est une expression complexe, n'impliquant pas seulement le financement des soins, mais aussi, le système d'offre, et ses rapports avec la demande de soins. En effet, quel est le contexte actuel de l'accès aux soins de santé au Cameroun ? La réponse à cette question permettra de prendre la mesure du problème de l'accès à la santé. Si l'Etat est impuissant devant le problème des exclusions sociales, comment l'assurance maladie privée contribuerait-elle à réduire les inégalités et à accorder à tous les mêmes chances d'accès aux soins de santé ?

Une démarche consistant à évaluer ce que serait l'accès aux soins de santé en dehors de l'assurance et ensuite avec l'assurance ne nous est pas parue possible dans le cadre de notre étude, compte tenu des moyens financiers et du temps qu'elle aurait requis. C'est pourquoi, notre réflexion se limitera à ressortir dans un premier temps, le contexte de l'accès aux soins (première partie) et dans un second, l'analyse critique de la contribution de l'assurance maladie privée dans l'accès aux soins de santé au Cameroun (deuxième partie).

**PREMIERE PARTIE :**  
**LE CONTEXTE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE**  
**AU CAMEROUN**

L'accès aux soins de santé au Cameroun est loin d'être la chose la mieux partagée de tous. Le paysage de l'offre et de la demande de soins ressort clairement et de manière exhaustive de la Stratégie Sectorielle de la Santé. La difficulté financière est certainement un facteur important d'exclusion, mais il faut aussi ajouter le rôle que jouent l'accessibilité géographique et la disponibilité d'une offre de soins de qualité. Dans ces conditions, il revient à chacun, à l'aide de ses ressources propres, de pourvoir à la satisfaction des besoins de santé, au regard de l'offre de soins disponible.

Nous présenterons le contexte de l'accès aux soins de santé au Cameroun, par l'analyse du système sanitaire (chapitre 1) et des dépenses de santé des ménages (chapitre 2).

## CHAPITRE 1. L'ANALYSE DU SECTEUR SANITAIRE

L'analyse du secteur sanitaire met clairement en relief la difficulté pour la plupart des Camerounais à accéder aux soins de santé de qualité. Le document de référence est la Stratégie Sectorielle de la Santé.

Ce document dresse l'état du secteur sanitaire du pays et donne un aperçu complet de l'offre et de la demande de soins (section 1). La santé, en raison de son caractère d'intérêt public, relève pour l'essentiel de la compétence réservée de l'Etat. L'accès aux soins de santé est d'ailleurs une préoccupation politique majeure. Une population en bonne santé est la condition de tout développement durable. Il faut noter l'importance du critère santé retenu par le PNUD dans l'indice de développement. Certains pays se retrouvent très mal classés malgré un PIB par habitant très élevé sur la base de ce critère, la primauté étant accordée à ceux des pays dans lesquels, les questions de santé et d'éducation sont mieux gérées, quoique présentant une stabilité politique plutôt relative<sup>4</sup>. Le Cameroun est classé 164<sup>ème</sup> dans le monde en 1997, derrière le Sénégal ( 59<sup>ème</sup>), le Burkina Faso (132<sup>ème</sup>), le Togo (152<sup>ème</sup>), le Mali (163<sup>ème</sup>)<sup>5</sup>. Les ressources et l'efficacité du système de santé sont globalement en deçà du niveau des autres pays en développement à niveau de revenu semblable. La performance du système de santé, est fonction des dépenses de l'Etat affectées à la santé (section 2).

### Section 1. Aperçu de l'offre et de la demande de soins

L'offre de soins de santé est un facteur important d'incitation à la consommation médicale, lorsqu'elle est disponible et capable de procurer aux populations, les services de qualité sollicités. Un niveau d'équilibre entre ces deux données permet de réaliser une avancée vers l'égalité des chances en matière d'accès aux soins de santé. Un aperçu du secteur de la santé présente l'intérêt de mettre en relief, en les analysant séparément, les rapports existants entre l'offre (I) et la demande de soins (II) dans le contexte sanitaire camerounais.

#### I/. L'offre de soins

L'offre de soins de santé doit être comprise, comme l'ensemble des services de santé disponibles pour une population donnée. Il convient d'abord de définir le système d'offre de soins (A) avant d'envisager ensuite ses moyens (B).

<sup>4</sup> BAYALA (André) : Assurance et développement durable, *Assurance & Sécurité*, Spécial FANAF-Février 2006, 9 pages.

<sup>5</sup> OMS : Rapport sur la santé dans le monde, 2000 et 2001.

## A. Le système d'offre de soins

L'observation pratique démontre largement le contraste entre la politique d'offre de soins de santé et sa répartition sur le territoire national.

La politique d'offre de soins a fait l'objet de plusieurs réformes. Dès 1978, le Cameroun orientait sa politique d'offre vers l'accès aux soins de santé primaires. Il s'agit de la stratégie de développement sanitaire basée sur l'amélioration de la qualité des services de santé de premier échelon, leur extension (de l'aspect curatif aux interventions de prévention et de promotion) et l'encouragement de la participation de la population à la gestion des services et à la prise en charge de leurs coûts<sup>6</sup>. L'introduction du recouvrement des coûts dans le système de santé, devait permettre d'associer les ménages au financement de la santé et d'alléger les charges de l'Etat. Il faut cependant déplorer que les tarifs officiels des actes médicaux soient peu connus du grand public et la gestion peu efficiente et transparente des ressources. La participation communautaire reste à ce jour très timide<sup>7</sup>; l'absence d'un cadre juridique propre et les insuffisances de décentralisation freinent l'implication réelle des populations dans la gestion des formations sanitaires. La politique actuelle de réorientation des soins de santé primaires officiellement adoptée en 1992, vise à restructurer le système de santé national à partir du District de santé.

La politique d'offre de soins est davantage portée vers les soins curatifs que préventifs. L'insuffisance des campagnes de prévention (sensibilisation, éducation et communication sanitaires) ne permet pas de satisfaire les objectifs de santé publique. Les campagnes de vaccination ne sont pas menées de façon continue, très souvent en raison de l'insuffisance des budgets alloués. L'aspect promotionnel est très réduit, en l'absence d'un système d'information et d'éducation sanitaire.

Quant à la politique d'offre de médicaments, un système national d'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels (SYNAME), assure

---

<sup>6</sup> « Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique », BIT-STEP, p64. Cette stratégie devait permettre d'atteindre l'objectif de santé pour tous en l'an 2000.

<sup>7</sup> Si cette participation n'est pas encore optimisée dans la gestion des structures de santé, c'est en raison des insuffisances de la décentralisation du système sanitaire, le manque de supervision et de formation des populations. La moyenne annuelle des réunions de comités de gestion pour l'année 1998 par province permet d'en juger. La province du Nord-Ouest arrive en tête avec un nombre moyen annuel de réunions de 8,41 ; ensuite vient la province de l'Ouest avec 4,25 ; toutes les autres provinces se situant en-dessous de 4. Au plan national, il s'agit d'une moyenne annuelle de 2,547. Les organes de gestion sont au niveau provincial, le FSPS, le COGEPRO ; au niveau du District le COSADI, le COGEDI.

la distribution des médicaments génériques essentiels sur l'étendue du territoire<sup>8</sup>. Il faut souligner que les médicaments ne suivent pas toujours les circuits réglementaires, et leur disponibilité reste un défi à relever. Les ruptures de stock sont fréquentes et s'expliquent par des difficultés géographiques d'accès, de fonds de roulement et de gestion.

Le secteur d'offre de soins est organisé suivant un modèle hiérarchisé (trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique). Il importe de préciser la répartition des structures d'offre de soins. En effet, les deux principales villes du pays bénéficient des formations sanitaires de référence du niveau central. Il s'agit notamment : à Douala de l'Hôpital Général, l'Hôpital Laquintinie ; à Yaoundé de l'Hôpital Général, l'Hôpital Central, le Centre Hospitalier Universitaire. Les Hôpitaux provinciaux constituent le niveau intermédiaire, et servent de référence aux Hôpitaux de District, les Centres et Cases de Santé du niveau périphérique. C'est surtout à ce niveau que l'offre de soins est absente ou insuffisante, à la fois en qualité et en quantité. Le Cameroun compte 143 Districts de santé, et environ 150 hôpitaux de district ; 13 de ces Districts ne disposent pas d'Hôpital de District. En outre, la carte sanitaire prévoit 1388 aires de santé ; 412 ne disposant pas de centre de santé intégré « jouant le rôle de leader en matière de prise en charge de la communauté qu'il dessert »<sup>9</sup>. C'est l'accès aux soins de santé primaires qui se trouvent ainsi mis à mal.

Le secteur privé atténue quelque peu le déséquilibre de la distribution de l'offre de soins. En effet, sur environ 539 établissements du secteur privé que compte le Cameroun, le secteur confessionnel représente 95% et est plus présent dans les campagnes. Quant au secteur privé à but lucratif, il se déploie beaucoup plus dans les milieux urbains, afin de mieux se rapprocher d'une clientèle au pouvoir d'achat élevé.

### **B. Les moyens de l'offre de soins**

L'idéal est d'avoir en face d'une demande solvable, une offre de bonne qualité et susceptible d'amélioration continue. Afin d'en juger dans le cas du Cameroun, il est nécessaire d'analyser les moyens matériels et les moyens humains.

Le Cameroun dispose d'équipements sanitaires relativement importants. En effet, on compte un hôpital pour 45 000 habitants ; un centre de santé pour moins de 10 000 ; un lit

---

<sup>8</sup> Les organes de distribution au niveau central sont le Centre National d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (le CENAME) et au niveau provincial les Centres d'Approvisionnement Provinciaux des Produits Pharmaceutiques (CAPP).

<sup>9</sup> NIYONKURU (Déo Ntima) : « Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : cas du Cameroun », Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, SAILD, octobre 2003, p22.

d'hôpital pour 400. Sur ce dernier chiffre, la moyenne en Afrique subsaharienne est d'un lit pour 900 habitants. Cependant, le fonctionnement pratique des hôpitaux révèle un état de sous-équipement matériel. C'est qu'en réalité, le matériel existant est peu ou mal entretenu, ou obsolète. On n'estime qu'à 20 à 25% la part effectivement fonctionnelle des équipements sanitaires. Le Document de la Stratégie Sectorielle de la Santé, estime à 200 milliards le coût de remise en état des structures sanitaires du pays. Par ailleurs, la mauvaise productivité du système de santé explique la sous-utilisation des services, le taux de fréquentation des hôpitaux publics se situant à peine à 30%<sup>10</sup>.

Par ailleurs, l'offre de soins connaît une forte carence de ressources humaines. Celle-ci est à la fois quantitative et qualitative. Mais l'observation est quelque peu distincte suivant qu'il s'agisse du secteur public ou privé.

Dans le secteur public, le ralentissement des recrutements et de la formation des médecins a détérioré la situation de l'offre de soins. En effet, la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé (FMSB) chargée de la formation des médecins pour la fonction publique, n'en produit environ qu'une soixantaine chaque année ; la formation dans certaines branches de spécialité n'est pas disponible (à titre d'exemple, neurologie, kinésithérapie, etc.).

D'après les normes de l'OMS, un système de santé jugé satisfaisant devrait compter un médecin pour mille habitants, un infirmier pour trois mille. Cependant, au Cameroun, un rapport du PNUD donne les chiffres suivants : un médecin pour onze mille habitants, un infirmier pour deux mille et un aide-soignant pour trois mille.

La carence en médecins est plus accentuée lorsqu'il s'agit de spécialistes. A titre d'exemple, les neuf hôpitaux provinciaux ne comptent qu'un seul ORL, cinq pédiatres et deux pharmaciens. Le personnel soignant est mal payé, corrompu et démotivé. Afin de compléter leur revenu, les médecins et les infirmiers entretiennent une tarification parallèle à celle qui est officiellement affichée, détournent la clientèle et le matériel pour leur compte; les médecins délaissent leur poste de travail pour exercer dans des centres de soins privés et les plus compétents immigrer vers des pays offrant une meilleure rémunération.

La situation du secteur privé semble meilleure, surtout en ce qui concerne l'offre professionnelle de soins parce que le personnel est mieux rémunéré et plus motivé; les détournements étant rigoureusement sanctionnés, la gestion est plus transparente et efficiente. Il

---

<sup>10</sup> Source-Carte sanitaire du Cameroun : Le taux d'occupation des lits est de 20% au CHUY, 36% à l'Hôpital Central de Yaoundé, 40% à l'Hôpital Général de Douala.

faut cependant noter que le personnel soignant est vieillissant, et que les centres de formation, en raison des difficultés financières, ont cessé de fonctionner pour la plupart.

## **II/. La demande de soins**

La demande de soins ne constitue pas une catégorie homogène, en raison des différences sociales entre les individus. Il convient de présenter les caractéristiques essentielles de la demande (A) et de mesurer son accessibilité aux soins de santé (B).

### **A. Les traits caractéristiques de la demande**

La demande de soins de santé se caractérise mieux par son pouvoir d'achat et son organisation.

Le pouvoir d'achat peut être défini comme la capacité financière des consommateurs à accéder aux services de santé et aux médicaments. Il est fonction du niveau et de la régularité du revenu. C'est pourquoi les travailleurs du secteur formel, représentant à peu près 10% de la population active, ont financièrement plus de possibilités à accéder aux soins de santé que ceux du secteur informel (90% de la population active) aux emplois précaires, aux revenus faibles et instables. Les plus riches dépensent pour leur santé trois fois plus que les pauvres parce qu'ils sont à l'abri des besoins élémentaires d'ordre nutritionnel, mieux éduqués et peuvent ainsi constituer une épargne importante.

Le pouvoir d'achat pris individuellement apparaît très faible, mais collectivement, il représente des sommes suffisantes pour permettre de financer les besoins de santé. L'obstacle financier doit être relativisé, même dans le secteur informel. Il faut se souvenir en effet, que l'informel représente une part substantielle de l'économie camerounaise, générant des niveaux de revenus parfois aussi considérables que ceux du secteur formel. La difficulté réside dans la disponibilité des ressources. La maladie, lorsqu'elle survient, contraint les pauvres à recourir à l'emprunt ou à la vente des biens de production.

Par ailleurs, une demande organisée et cohérente gagnerait en terme d'efficacité. La demande de soins présente la faiblesse d'être individuelle et départagée entre les secteurs sanitaires moderne et traditionnel. Dans ces conditions, elle ne peut pas influencer l'offre de soins. La montée de l'informel et la faible fréquentation des structures de soins modernes ne sont pas qu'un phénomène rural. Une étude révèle à cet égard que le recours aux services de santé

formels est jugé à 82% à Douala, 74% à Yaoundé, 69% dans les autres villes<sup>11</sup>. Ces taux élevés de fréquentation n'excluent ni le recours multiple, ni le recours à l'offre formelle détournée. Le recours à l'informel concerne tout particulièrement les pharmacies ambulantes, suite « au renchérissement des coûts des services modernes de santé dans un contexte où le pouvoir d'achat des ménages a globalement baissé »<sup>12</sup>. Il s'agit presque toujours d'un gaspillage de ressources disponibles, pour une guérison incertaine.

## **B. L'accessibilité aux soins de la demande**

Les difficultés de la demande à accéder aux soins de santé peuvent être étudiées sur les plans géographique et financier.

La difficulté géographique résulte directement du mode de distribution des structures d'offre de soins à travers le territoire national. La carte sanitaire du Cameroun est à cet égard, le document de référence. Cette difficulté naît lorsque les campagnes sensées regorger des formations sanitaires dispensant des soins primaires n'en comportent pas ou que très peu. Selon le mode de locomotion régulièrement emprunté et le niveau de vie, le calcul de la distance moyenne à parcourir pour atteindre le centre de santé le plus proche est révélateur des différences plus connues entre milieux de résidence et régions, et celles moins connues entre les ménages. Au niveau national, les patients parcourent en moyenne quatre kilomètres pour atteindre le centre de santé le plus proche. Cette distance est de cinq kilomètres en milieu rural, et d'un kilomètre en zone urbaine. En ce qui concerne le temps moyen mis, il est de vingt-cinq minutes pour les plus riches, et de quarante pour les pauvres<sup>13</sup>. Cet indicateur est favorable, mais il convient de le relativiser, parce que le centre de soins le plus proche n'est pas forcément celui fréquenté par les populations. Il est possible qu'il ne dispose pas du plateau technique nécessaire pour traiter les principales maladies de sa zone d'implantation ou que les coûts soient jugés trop élevés par la demande de soins.

Selon la dernière enquête auprès des ménages en 2001, la dépense annuelle moyenne de santé par tête s'élève à 22 000 FCFA. Des variations diverses sont observables selon le niveau de vie : les plus aisés dépensent cinq fois plus que les pauvres pour leur santé. Les villes de Douala et Yaoundé enregistrent les niveaux de dépense les plus élevés. Par contre, l'Extrême-Nord

---

<sup>11</sup> ECAM, 1996, p 23.

<sup>12</sup> ECAM, 1996, p 24.

<sup>13</sup> ECAM II : « Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2001 », rapport principal de l'enquête p11.

détient le record le plus bas, l'Ouest et le Nord-Ouest se situant à un niveau intermédiaire. De façon générale, suivant le lieu de résidence, la dépense annuelle de santé est trois fois plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

## **Section 2. Les dépenses de santé de l'Etat**

Les dépenses de santé de l'Etat sont supportées par le budget national (I) et par les bailleurs de fonds internationaux (II).

### **I/. Le budget national affecté aux dépenses de santé**

Il convient d'étudier l'évolution du budget affecté à la santé par l'Etat (A) et sa répartition (B).

#### **A. Evolution du budget national pour la santé**

Les dépenses de santé de l'Etat<sup>14</sup> se situent à près de 3,3% des dépenses totales de santé, soit en valeur absolue, environ 26 milliards de francs CFA par an<sup>15</sup>. Ce pourcentage est loin du taux de 10% du budget national fixé comme cible par l'OMS. On note en outre une faible capacité d'exécution des crédits d'investissements inscrits au budget, représentant environ 25% du budget alloué à la santé.

Le contexte de crise économique, a contraint l'Etat camerounais à réduire ses dépenses de santé. En 1980, elles s'élevaient à 5,04% du budget national, puis baissent progressivement pour atteindre 2,80% en 1997<sup>16</sup>. La plupart des indicateurs de santé se sont dégradés et la pauvreté s'est accrue à la suite de la baisse du pouvoir d'achat des populations et de la réduction des salaires. Tout ceci a aggravé l'inaccessibilité financière du plus grand nombre à l'accès aux soins de santé et aux médicaments.

Le Cameroun aujourd'hui a renoué avec la croissance économique, mais elle reste encore faible pour être significativement ressentie au niveau des couches sociales les plus défavorisées. Il faut espérer que les ressources supplémentaires dégagées de la remise de la dette extérieure du fait de l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative pays pauvres très endettés, permettront

---

<sup>14</sup> Les dépenses de santé de l'Etat ici visées ne concernent pas les remboursements aux fonctionnaires des frais exposés à la suite d'une maladie. Cette prise en charge relève du décret N°2000/ 692 PM du 13/09/2000 dont l'application réelle reste attendue.

<sup>15</sup> NIYONKURU (Déo Ntima) : « Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : cas du Cameroun », Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, SAILD, 2003, p23.

<sup>16</sup> Source : Document du Ministère de l'Economie et des Finances et du Ministère de la Santé Publique.

d'accroître les dépenses et investissements publics dans le secteur de la santé. Aujourd'hui, les dépenses de santé de l'Etat augmentent peu à peu, mais restent insuffisantes : 31 milliards de dépenses réalisées par le Ministère de la Santé Publique pour l'exercice 1999/2000 ; 38 milliards en 2000/2001 ; 46 milliards en 2001/2002.

Il importe de préciser en outre que d'autres ministères en dehors de celui de la Santé Publique, financent la santé. C'est le cas du Ministère de l'Education Nationale qui dispose d'une direction de la santé et des structures de soins scolaires dans toutes les provinces du pays. Le Ministère de la Défense gère un hôpital de référence à Yaoundé et plusieurs structures de soins sur l'ensemble du territoire. Enfin, le Ministère de l'Enseignement Supérieur gère son système de santé universitaire.

### **B. Répartition du budget alloué à la santé**

La contribution de l'Etat au financement de la santé est très différente selon les zones géographiques. En fait, elle est trois fois plus élevée dans les grandes villes que dans les zones rurales. On estime la dotation budgétaire allouée par l'Etat au niveau des Districts de santé en moyenne à 1,5 millions FCFA. Dans la pratique, un district pourrait ne pas recueillir en entier cette dotation. Une partie en effet est perdue dans « différents « pourboires » et autres frais de procédure... pour entrer en possession de son budget »<sup>17</sup>. Il y a lieu de préciser outre les malversations diverses (factures fictives, surfacturation, etc.) que, l'ignorance des responsables des structures hospitalières dans la gestion des finances publiques contribue à réduire l'importance de la contribution du budget de l'Etat.

Les dépenses de santé de l'Etat sont complétées par l'aide des bailleurs de fonds internationaux et des ONG.

## **II. L'aide des bailleurs de fonds internationaux**

L'importance de l'aide internationale n'est pas uniquement liée à son volume (A) mais également à sa coordination (B).

---

<sup>17</sup> OKALLA (Raphaël) et LE VIGOUREUX (Alain): Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire in Le bulletin de l'APAD, N°21, mars 2006, <http://apad.revues.org/>, 21 pages.

## **A. Le volume de l'aide internationale**

Le Cameroun bénéficie de prêts et de l'aide de différents organismes de coopération, bilatéraux et multilatéraux, d'ONG pour le financement de la santé. L'aide au secteur sanitaire privé laïque reste mal connue. Toutes sources confondues, on estime l'aide internationale à 7% du financement du volume global de la santé au Cameroun. La principale destination de cette aide est sans aucun doute les soins de santé primaires. Ce qui est conforme à la politique du gouvernement définie dans le Document de la Stratégie Sectorielle de la Santé. Toutefois, l'amélioration des soins de santé primaires n'est possible que si en pratique, il est fait une bonne coordination des aides reçues.

## **B. La coordination de l'aide internationale**

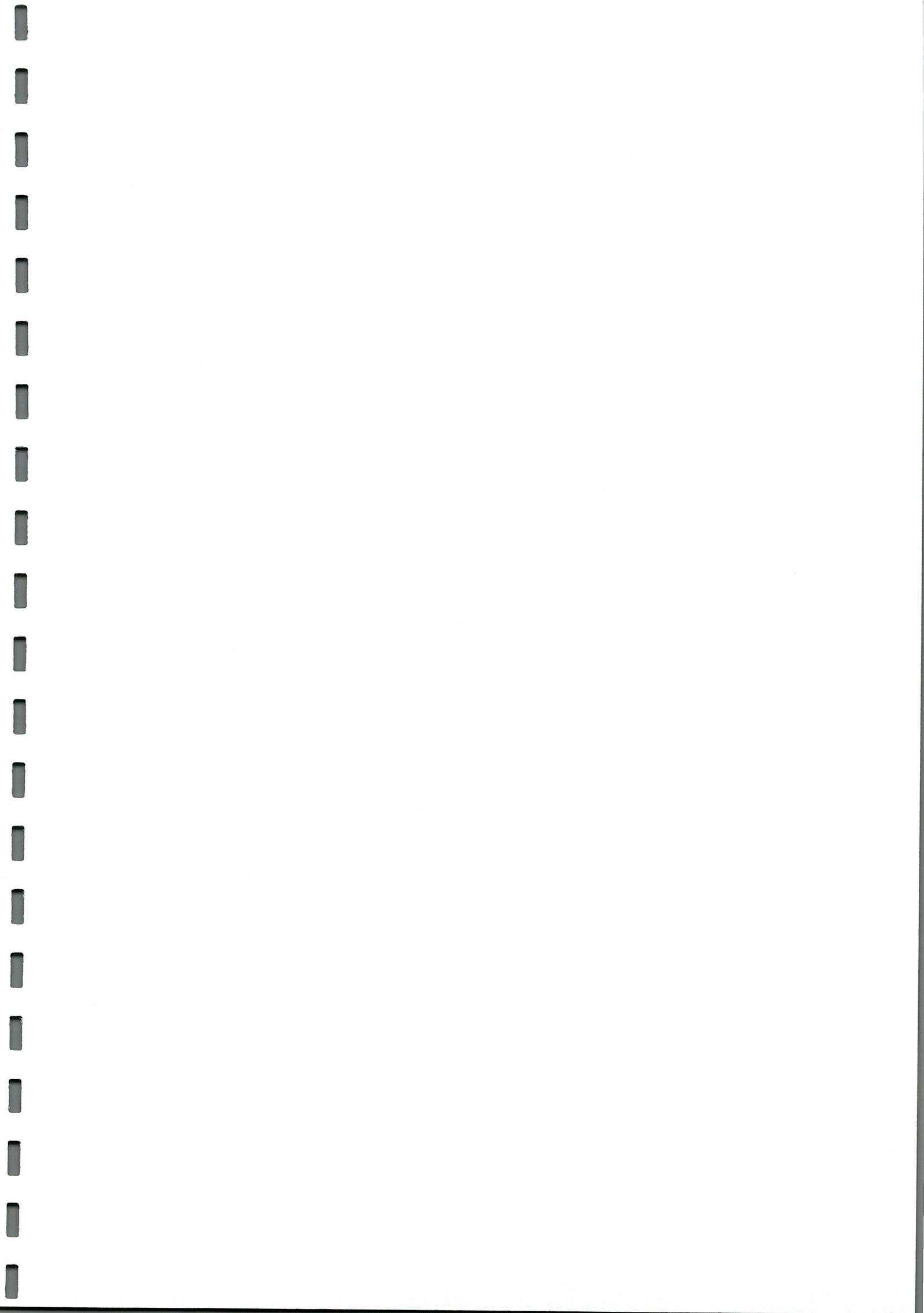
Il s'agit ici d'étudier l'allocation spatiale de l'aide internationale. Cette allocation pose très souvent un problème d'efficience, à cause d'une coordination insuffisante des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique. En réalité, il est difficile de concilier les objectifs de visibilité des donateurs<sup>18</sup>, les priorités du Ministère de la Santé Publique et les exigences de gestion des Ministères de l'économie et des finances et du plan. On cite à ce titre le don du gouvernement chinois d'un Hôpital (génico-obstétrique de Ngouso à Yaoundé), construit selon les exigences du donateur, dont un des murs d'enceinte est mitoyen avec celui de l'Hôpital général de Yaoundé. Il faut noter que le taux d'utilisation du service pédiatrique de cette formation de soins est de 40%. Un autre exemple est relatif à la restructuration par la Banque mondiale à trois reprises en deux années, du projet santé fécondité nutrition qu'elle finance. Dans un premier temps, il s'agissait de centrer la réforme sur les campagnes négligées par les politiques antérieures. Mais ensuite, le projet sera étendu aux deux principales villes du pays (Douala et Yaoundé) suite au constat de la dégradation de la situation sanitaire dans les villes. Finalement, la Banque mondiale étend le projet à neuf districts urbains, couplés à neuf autres en zone rurale. Au terme de ces modifications, le projet ne concernera plus que deux districts urbains.

En somme, l'analyse du secteur sanitaire met au prise une offre de soins en deçà de la moyenne, qui dissuade la demande ; celle-ci se détourne du secteur moderne d'offre de soins et s'adresse massivement à la médecine traditionnelle et à l'automédication. Mais il faut préciser

---

<sup>18</sup> Les organismes de coopération ont une préférence pour les projets aux résultats visibles à court terme, mais souvent peu durables.

que ce détour se justifie également par certaines pesanteurs historiques (culturelles et psychologiques et par le contexte de pauvreté ambiante). Le paradoxe de cette situation est que les individus aujourd'hui sont les acteurs principaux du financement de la santé. On se demande pourquoi les dépenses de santé des ménages ne permettent pas d'induire un accès meilleur aux soins de santé.



## CHAPITRE 2. LES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES

Depuis l'introduction du recouvrement des coûts dans le système de santé au Cameroun, la part des ménages dans le financement des soins n'a cessé de croître. Il faut noter que même les entreprises se détournent progressivement de la médecine gratuite jadis pratiquée via des structures de soins internes au profit des salariés, avec extension dans certains cas, aux membres de leur famille. Tous ces facteurs justifient l'évolution des dépenses de santé des ménages (section 1) ; mais il faut se garder de croire qu'une hausse des dépenses porte forcément de bons résultats, car tout est encore fonction de la destination des ressources mobilisées pour la santé (section 2).

### Section 1. Le volume des dépenses de santé des ménages

Afin d'apprécier le volume des dépenses de santé des ménages, il convient de déterminer la part des ménages dans les dépenses globales de santé (I). Mais cette contribution des ménages suscite une réflexion sur l'origine des ressources mobilisées pour le financement des soins (II).

#### I/. L'implication des ménages dans les dépenses globales de santé

La dépense globale de santé au Cameroun s'évalue à 173 milliards de FCFA en 1995<sup>19</sup>. A ce jour, il n'existe pas d'éléments précis pour mettre à jour ces chiffres, sauf en ce qui concerne les enquêtes générales ou ponctuelles sur la consommation des ménages, les données disponibles relatives à la dépense de l'Etat et les apports des bailleurs de fonds. La contribution des ménages à cette dépense se situe autour de 73%, soit 126 milliards de FCFA. C'est dire que les ménages supportent l'essentiel des dépenses de santé au Cameroun, très loin devant l'Etat et les bailleurs de fonds internationaux. L'on estime que pris isolément, un ménage dépense un peu plus de 25 000 FCFA pour la santé à Yaoundé, plus de 30 000 à Douala, mais moins de 10 000 FCFA dans les régions rurales et dans les provinces les moins riches du pays<sup>20</sup>.

En terme de pourcentage des dépenses totales des ménages, il faut encore distinguer suivant la région. Ainsi dans la région de savane, la dépense de santé est de 3,9% des dépenses totales des ménages pour les pauvres, 2,8% pour des ménages intermédiaires et 6,3% pour les

<sup>19</sup> NTANGSI (J): An analysis of health sector expenditures in Cameroon using a national health account framework, Harvard School of Public Health, 1996.

<sup>20</sup> Les provinces les moins riches sont : l'Extrême-Nord, le Nord, l'Adamaoua, l'Est.

plus aisés. Le niveau des dépenses pour la santé est plus important lorsque la zone considérée bénéficie d'une offre de soins suffisante et de qualité. C'est le cas par exemple dans la zone des hauts plateaux de l'Ouest, en raison d'une forte implantation des formations sanitaires confessionnelles (catholiques ou protestantes), dispensant des soins de qualité. Implicitement, l'on admet donc que la propension à dépenser augmente en fonction de la qualité de l'offre de soins. Cette affirmation doit toutefois être relativisée en zone rurale, en raison de la forte fréquentation des dispensaires informels.

Par ailleurs il convient de noter que la part des ménages dans les dépenses de santé est appelée à croître. Si l'on se fie aux observations des années antérieures, on constate un accroissement régulier de la part des ménages depuis les années quatre-vingts de l'ordre de 7% environ du revenu disponible<sup>21</sup>.

Du reste, au regard des enquêtes réalisées au niveau local auprès des communautés villageoises<sup>22</sup>, on peut affirmer que les dépenses de santé des pauvres sont bien supérieures à leur capacité de payer supposée. Il est certainement vrai que ces enquêtes mettent en relief l'insuffisance des budgets des ménages à couvrir les charges de santé ; mais il faut nécessairement souligner une sous-évaluation probable des dépenses à ce niveau en raison de la difficulté de la détermination de la part réelle de l'informel (guérisseurs, vendeurs de médicaments, et personnel sanitaire pratiquant en marge des formations sanitaires reconnues).

## II/. L'origine des ressources de santé des ménages

L'on sait déjà que les ménages ne sont pas tous égaux du point de vue économique. Ainsi tous ne sont pas en mesure de constituer une épargne de prévoyance en vue de faire face à l'éventualité de la survenance d'une maladie. Il faut savoir que l'épargne individuelle consiste à mettre de l'argent de côté de temps à autre, afin de prévenir des cas d'évènements malheureux. Il est reconnu que l'épargne individuelle présente l'intérêt de la disponibilité des ressources en temps utile, mais sa portée est réellement fonction de la capacité de l'individu à épargner, et donc du revenu. Elle devient peu viable en cas de succession d'évènements imprévus à intervalles rapprochés, ou lorsque survient le gros risque hospitalier<sup>23</sup> nécessitant par essence, des dépenses

---

<sup>21</sup> ECAM, 1996.

<sup>22</sup> DELARUE (Antoine) et CAIZZI (Andrea) : *Etude sur l'assurance maladie*, Cameroun Public/Private Partnership for Growth and Poverty Reduction Project, Rapport principal, Tome 2, SERVAC Afrique et Association Santé International, p35.

<sup>23</sup> Le risque hospitalier désigne le cas des maladies dont la survenance entraîne pour le patient, des frais important. C'est le cas de la consultation de médecins spécialistes, des hospitalisations de nuit, de l'évacuation sanitaire, des maladies de longues durée, des soins à l'étranger, etc.

très lourdes pour être supportées par un seul. De plus, l'épargne est beaucoup plus l'apanage des personnes aisées.

Les plus pauvres, pour faire face aux coûts nécessités par la maladie, en l'absence de ressources disponibles, recourent à l'emprunt ou à la vente de leurs biens de production. Les dépenses de santé pour les ménages pauvres sont donc ruineuses, puisque les biens productifs, source de revenu, sont vendus et très souvent à perte en raison de l'urgence du moment ; dans ces conditions, la maladie entraînant elle-même éventuellement une interruption de l'activité, la misère se généralise.

En fin de compte, il apparaît que les ménages sont les principaux acteurs du financement de la santé. Cette participation est faite au prix de sacrifices et d'abnégation. Des interrogations subsistent sur la destination de ces importantes ressources.

## **Section 2. La destination des dépenses de santé des ménages**

C'est l'existence d'un système de santé dualiste au Cameroun dans lequel coexistent de manière connue la médecine moderne et la médecine traditionnelle qui justifie l'intérêt du questionnement sur la destination des dépenses de santé des ménages. Il n'est pas aisé de déterminer pour une population donnée, dans une aire géographique, les soins nécessaires et surtout à quel prix ils peuvent être dispensés, en raison des défaillances du système d'information sanitaire. Seules les appréciations quelque peu intuitives des experts permettent de se faire une idée de la question.

Il conviendra d'analyser globalement les dépenses de santé des ménages dans les secteurs formel et informel (I) avant de voir leur incidence sur la santé des individus (II).

### **I/. Les dépenses de santé des ménages dans les secteurs formel et informel**

Il importe de préciser à présent, l'orientation des dépenses de santé des ménages, afin d'apprécier la part du secteur informel (A) et celle du secteur formel (B).

#### **A. Les dépenses de santé des ménages dans le secteur informel**

La dépense de santé des ménages s'adresse pour une part très importante au secteur informel ou aux modes de gestion informels du secteur formel (fuite des médicaments dans les circuits officiels, détournements et appropriation des services de santé de l'Etat au profit d'une clientèle privée des personnels de santé publique). En effet pour les pauvres, 33% des

consultations sont effectuées dans un dispensaire informel, et 24% auprès de guérisseurs traditionnels<sup>24</sup>. Les pauvres recourent à l'informel et à l'automédication plus que les riches. Les raisons de cette préférence tiennent sans doute essentiellement à l'enracinement profond des populations dans les pratiques culturelles en ce qui concerne le recours aux tradipraticiens et à la modicité des sommes réclamées, dans les autres cas. Les modes de paiement sont flexibles et admettent aussi bien les paiements en espèce qu'en nature ; très souvent, ils sont forfaitaires par épisode maladie, et non à l'acte.

L'informel n'est pas seulement un phénomène rural. La médecine traditionnelle, l'automédication et les groupes de prières sont tout aussi récurrents dans les grandes villes, mais sans doute d'un degré moindre, comme le précisera l'étude des dépenses de santé dans le secteur formel.

### **B. Les dépenses de santé des ménages dans le secteur formel**

Les dépenses de santé des ménages (consultations, laboratoires, hospitalisations) dans le secteur moderne invitent à distinguer encore celles faites au profit des structures publiques de soins, les formations sanitaires confessionnelles et les formations sanitaires privées laïques.

De l'observation pratique, il découle que la part des dépenses au profit de l'offre publique de soins est secondaire et ne paraît guère représenter qu'un sixième de la consommation totale. Quant aux structures de soins privées, le secteur confessionnel connaît une forte sollicitation et accueille entre 20 à 25% des dépenses de santé des ménages. La part du secteur privé à but lucratif se situe à 3% environ des dépenses totales de santé.

Il y a lieu de souligner que l'essentiel des dépenses de santé des ménages est affecté aux médicaments. En effet, le détail d'une facture de soins se présente à peu près de la manière suivante :

- médicaments : 50% des dépenses de santé chez environ 95% de malades
- examens médicaux : 20%
- hospitalisation : 15%
- consultation : 8%
- frais de déplacement : 6 à 7%

La part du médicament est d'autant plus importante que le niveau de revenu de l'individu est bas. La réalité est que les plus aisés ont une plus grande latitude à se faire consulter auprès des

---

<sup>24</sup> ECAM, 1996, p23.

médecins compétents, et de faire tous les examens médicaux nécessaires avant d'acheter les médicaments prescrits, ce qui diminue la part des médicaments. Par contre, les pauvres recourent très souvent aux médicaments en se passant des examens prescrits, parce qu'ils jugent les médicaments plus urgents pour leur guérison.

A partir des développements qui précèdent, il y a lieu de s'inquiéter de la forte montée de l'informel dans le système sanitaire camerounais. Une réflexion mérite à juste titre d'être faite sur l'incidence des dépenses de santé des ménages sur l'amélioration des conditions de vie au quotidien.

### **II/. L'incidence des dépenses de santé des ménages sur la santé des individus**

Les ménages camerounais consacrent des dépenses énormes pour leur santé. Cependant, les individus ne ressentent pas au quotidien, une amélioration de leur état de santé, ni même un accès meilleur aux soins de santé. C'est dire qu'une augmentation des dépenses de santé (c'est l'idéal), ne traduit pas forcément une meilleure santé des ménages. En revanche, une baisse de celles-ci aurait pour conséquence inéluctable, une dégradation du niveau de santé. Si l'incidence des dépenses de santé est contraire aux attentes, c'est précisément parce que ces dépenses sont très dispersées (entre formations sanitaires formelle et informelle) et mal utilisées. Il est clair que le recours aux tradipraticiens n'est pas la solution idoine dans tous les cas de maladie. Très souvent, le temps perdu chez des marabouts et charlatans divers, permet à la maladie de se développer et d'atteindre un seuil critique qui nécessitera alors un traitement plus long et plus coûteux. Dans tous les cas, la prise de conscience de l'inefficacité du traitement administré par le tradipraticien, oblige à un retour in extremis aux formations de soins formelles. Il faut déplorer que ce retour soit fait dans des conditions les moins optimistes pour une guérison rapide. Il apparaît évidemment que les malades gaspillent l'essentiel des ressources disponibles avant de consulter un médecin compétent pour un traitement approprié.

Par ailleurs, les patients ne sont pas portés à exécuter toutes les prescriptions médicales. En fait, plus de la moitié des ordonnances prescrites contiennent au moins quatre médicaments. Seulement 41% des antipaludiques prescrits sont réellement achetés ; mais 49% des antipaludiques sont achetés sans prescription. L'automédication a ainsi l'inconvénient de développer des résistances aux médicaments courants, et de nécessiter encore plus de dépenses pour des médicaments de marque, afin de recouvrer la santé.

Au terme de l'étude du contexte actuel de l'accès aux soins de santé au Cameroun, on se rend compte que la situation sanitaire présente de graves carences. L'offre de soins manque de ressources humaines et matérielles pour mettre à la disposition du public aussi bien dans les campagnes que dans les grandes agglomérations, un service de qualité et régulier. Dans ce contexte, c'est le consommateur qui paie le prix fort, sans pouvoir en retour obtenir une satisfaction de ses besoins de santé. On estime que les besoins non satisfaits sont énormes, ainsi que la demande latente. Le recul financier de l'Etat, contraint les ménages à supporter la part la plus élevée des dépenses de santé. Le contexte de pauvreté extrême de la majeure partie de la population, explique le niveau très faible de l'accès aux soins, car les pauvres n'ont pas toujours au moment où survient la maladie, les ressources nécessaires. Cependant, au regard du volume des dépenses des ménages pour la santé, il y a lieu de dire que si celles-ci étaient collectivement organisées et moins gaspillées dans l'informel et les groupes de prières, elles auraient pu influencer positivement le système d'offre de soins et induire un meilleur accès aux soins de santé des populations. Il est nécessaire à présent de trouver un moyen de financement qui permette à tout moment à la demande, de disposer des ressources indispensables pour la santé, tout en l'encourageant à la fréquentation des formations sanitaires dès l'apparition des premiers symptômes d'une maladie. C'est à ce niveau que l'assurance maladie privée entre en scène. Les développements qui suivent mettront en relief la contribution de cette technique de financement dans l'accès aux soins.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE A L'ACCES**  
**AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN**

L'accès aux soins de santé est un objectif majeur de santé publique. Communément, dit-on, la santé n'a pas de prix. Force est cependant de constater qu'elle a un coût. Il est compris environ entre 8 et 10% du produit national brut dans les pays développés. L'Afrique paie un lourd tribut au paludisme chaque année, 12 milliards de dollars, qui par ailleurs entrave sensiblement sa croissance économique<sup>25</sup>. Les besoins de financement du secteur sanitaire sont énormes et ne cessent de croître, pourtant les ressources de l'Etat affectées aux dépenses de santé ont considérablement baissé. Dans la recherche des solutions alternatives permettant l'autofinancement de la santé, les bailleurs de fonds et les chefs d'Etat reconnaissent à l'assurance un rôle majeur à jouer dans l'épineux problème d'accès aux soins de santé. L'étude d'impact de l'assurance est recherchée à travers plusieurs dimensions : une dimension santé en priorité qui permet de déterminer en pratique, son aptitude réelle à faciliter l'accès, la fréquentation des structures de soins et la régularité des traitements ; une dimension protection sociale en vue de prévenir l'appauvrissement des individus ; une dimension financement des soins sécurisant les rapports de l'offre avec la demande ; une dimension socio-politique érigeant la demande en contre-poids face à l'offre de soins ; enfin une dimension liée au système de santé local qu'il faut rationaliser et en promouvoir le fonctionnement intégré.

L'aperçu de l'assurance du risque maladie dans un premier temps, permettra de comprendre le fonctionnement de cette branche particulière dans le contexte camerounais actuel et d'en induire l'effet sur l'accès aux soins de santé des assurés bénéficiaires (chapitre 1). Si l'assurance est effectivement une alternative à l'accès aux soins, c'est qu'alors en étendre l'accès supposerait au préalable que l'assurance maladie privée se développe et soit accessible à tous. D'où l'intérêt de proposer dans un second temps, des voies de développement de cette assurance (chapitre 2).

---

<sup>25</sup> NDOBO Basile : Cours d'assurance des risques divers, Cycle III, DESS-A 17<sup>ème</sup> promotion 2004-2006, pp 4 et 5.

## CHAPITRE 1. L'ASSURANCE DU RISQUE MALADIE

Les formes de solidarité traditionnelles sont séculaires dans la plupart des pays africains. Au Cameroun, très développées sous formes d'associations ou de tontines informelles le plus souvent, on y retrouve bien cet aspect embryonnaire de mutualisation du risque santé. Les pouvoirs publics s'activent depuis quelques années à promouvoir les mutuelles de santé<sup>26</sup>, dont le but est d'ouvrir l'accès aux personnes du secteur informel et rural exclues de tout système de protection sociale, y compris les assurances commerciales, à une forme de partage de risques adaptée à leurs besoins. On voit bien que désormais, à côté de l'assurance maladie classique, se développe la micro-assurance santé.

L'assurance maladie présente des caractéristiques propres, relatives à la permanence de certains risques et aux contraintes de gestion. Les principaux risques sont : l'antisélection ; le dérapage des dépenses en raison du changement de comportement des assurés, de la tendance à la surconsommation et à la surfacturation des soins ; la fraude au bénéficiaire, les sinistres fictifs, etc. Les assureurs, fort de l'expérience, font face à ces risques par la pratique des limitations de garanties dans le temps et dans l'espace, des plafonds de l'engagement par acte médical, par assuré, par famille et par année d'assurance. Il est également d'usage d'associer les malades aux dépenses de santé au moyen d'un ticket modérateur dont le but est de moraliser le risque. La gestion au quotidien de l'assurance maladie est très contraignante, et nécessite d'importants moyens humains et matériels (l'outil informatique est incontournable dans la réalisation des tâches du gestionnaire ; il devra permettre au quotidien, de vérifier la qualité des assurés, de faciliter la surveillance du porte-feuille, c'est-à-dire le suivi statistique par police, assuré, famille et globalement, selon une périodicité hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle et annuelle ). Le recours à un médecin conseil pour contrôler l'opportunité et l'effectivité des hospitalisations, l'identité des malades internés, la gravité des affections est devenu indispensable dans la maîtrise de la fraude. L'implication des assurés dans la prévention des fraudes (de surconsommation, surprescription médicale, etc.) sans les éliminer, permet de les réduire considérablement.

Les mécanismes de l'assurance présentent par rapport à l'épargne individuelle, l'avantage d'une plus large efficacité à faire face aux dépenses de santé. Seule une tranche très minime des

---

<sup>26</sup> Forme la plus répandue en Afrique des institutions de micro-assurance (Voir Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, p16).

ménages camerounais peut recourir valablement à ce mode de financement, la plus grande majorité étant beaucoup plus préoccupée par la satisfaction des besoins nutritionnels primaires.

Dans la suite de nos développements, l'étude des différentes formes d'assurance maladie privée (section 2), sera précédée de l'analyse des mécanismes de l'assurance (section 1).

### **Section 1. Les mécanismes de l'assurance maladie**

L'assurance maladie est l'assurance sociale par excellence. Elle réalise la sécurité des personnes et de leurs biens, en leur évitant un appauvrissement du fait de la survenance d'une maladie. Elle obéit à la fois à des mécanismes techniques (I) et commerciaux (II).

#### **I/. Les mécanismes techniques de l'assurance maladie**

L'intérêt de l'assurance maladie est de permettre l'autofinancement de la santé, en réduisant du point de vue économique, les disparités dans l'accès aux soins de santé entre riches et moins riches, jeunes et personnes âgées. Elle s'y prend par la technique de mutualisation (A), de manière à faire supporter par le groupe tout entier, le risque individuel qui pèse sur chacun (B).

#### **A. La mutualisation du risque maladie**

Pour comprendre la notion de mutualisation, fondement même de l'assurance, il faut expliciter la notion de risque maladie avant de présenter la mutualité des assurés.

Le risque est défini en assurance comme un événement dommageable, de réalisation incertaine. On sait que l'assuré sera malade, mais la date de survenance de la maladie est incertaine. Il faut dire que l'aléa est le critère d'assurabilité de tout risque. Le risque maladie a plusieurs variantes. Le langage courant distingue d'une part le risque ordinaire (par exemple les consultations auprès de médecins généralistes, achat de médicaments génériques<sup>27</sup>) de forte fréquence, appelant donc fréquemment la mise en jeu de la garantie de l'assureur, mais de gravité faible ; et d'autre part le risque hospitalier et de médecine spécialisée (par exemple, consultations de médecins spécialistes, hospitalisations, accouchements, opérations chirurgicales, évacuations sanitaires, soins à l'étranger, maladies de longue durée) à faible fréquence mais de gravité forte, susceptible de mettre en péril l'équilibre financier de l'assureur lorsqu'il survient.

---

<sup>27</sup> Médicament désigné par le nom de son principe actif le plus important et non par son appellation commerciale. En général, la Dénomination Commune Internationale (DCI) établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, correspond au nom générique.

L'assureur organise la mutualité des assurés en partant du principe que le risque en cas de réalisation, ne peut affecter tout le monde au même moment. Seuls quelques uns et on espère, le plus petit nombre, seront malades au cours d'une période d'assurance donnée. « Il y a donc une répartition possible de la charge de ces dommages potentiels entre tous ceux qui redoutent la réalisation d'un même risque »<sup>28</sup>. Quelques règles sont essentielles à l'organisation d'une mutualité. Il s'agit d'abord de la loi des grands nombres sans laquelle l'assurance est inopérante. Ensuite, il faut éviter la sélection adverse. Elle consiste à ne proposer à l'assurance que des personnes déjà malades, ou celles qui le sont habituellement, en sachant que dans un avenir proche, l'assureur sera appelé à prendre en charge des coûts importants. Enfin, il est tout aussi important pour l'équilibre du groupe, que les risques soient homogènes, c'est-à-dire présentant des caractéristiques semblables. D'ailleurs, l'homogénéité influence fortement l'équité de la tarification de l'assureur. La mutualité constituée est gérée suivant le principe de la répartition, les primes perçues auprès des assurés devant servir à faire face aux sinistres qui surviendront, sans capitalisation.

### **B. La prise en charge du risque maladie**

La raison d'être de l'assurance réside dans la prise en charge des sinistres survenus. Cette prise en charge est réalisée dans les termes du contrat d'assurance ; avant même d'envisager les modalités de prise en charge du risque, il y a lieu de préciser les pièces utiles en vue du règlement du sinistre maladie.

Dès la survenance du sinistre maladie, l'assuré est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur. Celle-ci est faite sur un imprimé remis par l'assureur, dans un certain délai (30 jours par exemple à compter du premier acte médical) à peine de déchéance des garanties. Elle identifie clairement l'assuré sinistré, indique le nom et l'adresse du médecin traitant, la codification des actes médicaux, la nature de l'affection ainsi que les frais pharmaceutiques exposés. L'assuré devra remettre à l'assureur les notes d'honoraires et autres frais acquittés, si possible datées, ainsi que les ordonnances délivrées par le médecin et les factures de caisse des pharmacies. Les pièces exigées doivent mentionner le nom de la personne soignée, le genre de maladie, la nature et la date des soins donnés par le médecin. Le nom et les prix des médicaments doivent être correctement indiqués sur les ordonnances et les factures. De plus en plus, l'assureur demande de joindre aux pièces de règlement sinistre, les vignettes des médicaments.

---

<sup>28</sup> IBRAHIM M. KEITA, Introduction à l'assurance, Cours de DESS-A, Cycle III, IIA 2004-2006, P6

Lorsqu'il s'agit des honoraires d'un prestataire (tiers payant) au titre du bon de prise en charge, les conditions suivantes sont exigées : facture détaillée reçue dans un délai maximum d'un mois, imprimés de remboursement à remplir par le praticien et le centre médical, rapport médical en cas d'hospitalisation (à adresser au médecin conseil), la signature des factures de soins par le malade. Afin d'éviter tout malentendu, le bon de prise en charge définit sa durée de validité, l'identité de l'assuré, les conditions de garanties et les plafonds éventuels.

Après le règlement du sinistre, l'indemnisation par l'assureur peut intervenir suivant deux modalités. Il peut s'agir de rembourser directement à l'assuré les frais qu'il a exposés, ou de payer à un organisme tiers les frais de soins administrés à l'assuré au titre d'un bon de prise en charge. L'assuré n'est totalement remboursé des dépenses effectuées que si le contrat prévoit un taux de remboursement à 100%. Dans bien des cas, l'intervention de l'assureur ne couvrira pas tous les frais exposés, laissant à sa charge personnelle une fraction du sinistre (10%, 20%, 30% par exemple). Cette participation de l'assuré se fait au moyen de l'introduction au contrat d'un ticket modérateur.

## **II. Les mécanismes commerciaux de l'assurance maladie**

L'aspect commercial de l'assurance maladie nous conduit à étudier d'une part les mécanismes de souscription (A) et d'autre part le marketing de l'assurance maladie (B).

### **A. La souscription de l'assurance maladie**

Les résultats de l'assurance maladie sont largement fonction de l'opération de souscription. L'idéal serait que tous les risques soient acceptés, afin de satisfaire à une exigence d'équité dans l'accès aux mécanismes d'autofinancement collectifs des soins de santé. L'opération de souscription commence avec la déclaration de risque à l'assureur, à travers un questionnaire médical<sup>29</sup>. En cas d'insuffisance des réponses, l'assureur peut solliciter des examens médicaux approfondis. De façon générale, l'assuré est tenu à l'obligation de sincérité<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> Il s'agit d'un imprimé qui lui permet de se faire une opinion du risque et renseignant sur l'identité du proposant, ainsi que sur les principaux critères utiles à une tarification individualisée, notamment : taille, poids, âge, éventualité de maladies héréditaires, état de morbidité habituel, antécédent de certaines affections.

<sup>30</sup> L'article 18 du code CIMA sanctionne la fausse déclaration intentionnelle par la nullité du contrat lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, même si le risque omis ou dénaturé est sans influence sur le sinistre.

L'article 19 du Code CIMA sanctionne la fausse déclaration non intentionnelle : constatée avant sinistre, l'assureur a la faculté de maintenir le contrat moyennant surprime, ou de le résilier ; constatée après sinistre, la fausse déclaration donne lieu à l'application de la règle proportionnelle des primes.

dans les réponses qu'il fournit à l'assureur. Pour éviter la sélection adverse, l'assureur impose à la souscription des délais de carence ou d'attente<sup>31</sup> et recours fréquemment aux services d'un médecin conseil. Les règles de souscription sont plus ou moins rigoureuses selon qu'il s'agisse de contrats individuel ou de groupe. En effet, dans un contrat de groupe, l'avantage d'une première mutualité du risque entre membres sains et potentiellement malades justifierait très souvent l'inapplication des délais d'attente ou de carence ; les souscriptions individuelles pourront n'être admises qu'en complément d'une police de groupe préexistante ou d'un, plusieurs risques souscrits dans d'autres branches par un même assuré.

Le choix des garanties par l'assuré à la souscription est fonction de ses besoins et de son pouvoir d'achat. A côté de la garantie de base qui seule est obligatoire, il existe des garanties dites facultatives. La garantie de base est limitée au remboursement des frais de traitement exposés au Cameroun, c'est-à-dire les frais médicaux et pharmaceutiques réellement exposés. Cette garantie couvre aussi bien les soins ambulatoires que les soins hospitaliers. Les garanties facultatives permettent d'élargir la gamme des dépenses couvertes. Il peut s'agir des garanties complémentaires, des garanties « prestations en espèces », de l'assistance santé.

Les garanties complémentaires couvrent les soins dentaires, les frais d'optique médicale (lentille et cadre), l'évacuation sanitaire et les soins à l'étranger. La particularité de cette dernière garantie est de prendre en charge les dépenses de santé exposées en dehors du pays de souscription, sous réserve le plus souvent du respect des tarifs des hôpitaux publics ou ceux de la Sécurité Sociale du pays d'accueil.

Les garanties « prestations en espèces » sont l'indemnité journalière et l'invalidité permanente. Il s'agit de la prise en charge non plus des frais de traitement, mais des conséquences pécuniaires d'un arrêt d'activité des suites de la maladie. Il est donc important que les frais de traitement soient pris en charge par l'assureur de « prestations en nature », car l'assurance maladie facilite l'accès aux soins de santé et ainsi, permet de mieux maîtriser la fréquence et la gravité des séquelles invalidantes appelant la garantie « prestations en espèces ». Au-delà de cette couverture, cette garantie assure le confort personnel de l'assuré par le volet indemnité journalière et donc une guérison plus rapide (frais de transport supplémentaires d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation du malade, télévision, etc.).

L'assistance santé est aujourd'hui, une initiative très innovante de la profession intervenant en dehors du pays de résidence. Cette garantie n'offre pas de rembourser les frais de

---

<sup>31</sup> L'insertion au contrat d'un délai de carence ou d'attente permet à l'assureur d'exclure de la couverture d'assurance, les maladies dont le fait générateur est antérieur à la date de souscription.

traitement exposés à l'étranger par l'assuré, mais lui permet d'obtenir de son assureur un ensemble de services et logistiques facilitant l'accès aux formations de santé, aux médicaments. Cette garantie permet notamment : l'évacuation sanitaire, la recherche et la réservation en milieu hospitalier, l'accueil et le transfert en ambulance, le rapatriement dans le pays de résidence après convalescence ou de corps en cas de décès, la recherche et l'envoi de médicaments, les frais d'avocat en cas de démêlés judiciaires, l'avance de caution, etc.

Il faut noter en outre, au-delà de l'assistance, les « Services de l'Alliance Care Bridges International », commercialisés par La Citoyenne Assurances. Il s'agit d'offrir à travers cette garantie, le remboursement des frais médicaux et la prise en charge en « tiers payant » des soins ambulatoires coûteux ou en cas d'hospitalisation de l'assuré dans les réseaux de soins constitués par les différents membres de « l'Alliance Care Bridges International ».

### **B. Le marketing de l'assurance maladie**

Le marketing n'implique pas uniquement les techniques de vente, mais aussi toute la politique commerciale de l'entreprise. Elle résume les politiques de produit, de prix, de distribution et de promotion.

Le produit d'assurance maladie est aujourd'hui essentiellement défini comme un produit d'appel pour plusieurs assureurs. Il s'agit au moyen de cette forme de protection sociale, de séduire l'assuré de sorte à obtenir la couverture d'autres risques qu'il a en sa possession. C'est là l'origine de l'expression « ticket d'entrée dans le porte-feuille de l'assuré ». En pratique, le produit d'assurance peut revêtir plusieurs formes. C'est ainsi que l'on distingue les contrats individuels et les contrats de groupe. Cette forme de produit est de loin la préférence des assureurs, sans doute parce qu'elle se prête mieux à la mutualisation du risque, et induit des coûts de gestion moins élevés. Les assurés y trouvent aussi un plus grand intérêt en raison de la baisse des primes individuelles. Dans le cadre des entreprises, les contrats maladie de groupe, distinguent des niveaux de garanties pour les cadres, les agents de maîtrise et les employés. Tout est fonction du pouvoir d'achat. Les cadres bénéficient des garanties plus étendues et des plafonds de garantie plus élevés, en raison de leur forte capacité financière. Mais on note aussi l'effort manifeste des assureurs maladie, à l'instar de La Citoyenne Assurance, dans la conception des produits de masse à faible niveau de prime, limités à la garantie des frais de traitement exposés au Cameroun auprès des centres confessionnels et des hôpitaux publics. Ces produits sont adaptés aux besoins des masses, lesquelles sont plus généralement confrontées à la prise en charge des soins de santé primaires et des maladies courantes, compte tenu de leur niveau de vie.

La pratique des exclusions et limites de garanties se justifie par la nécessité d'un équilibre technique du porte-feuille des assureurs. Aussi l'assurance maladie sera souvent limitée dans l'espace (au pays de résidence et/ou à certains pays étrangers seulement), dans le temps (une durée annuelle ferme ou renouvelable par tacite reconduction), à certaines affections (exclusion des soins préventifs, du SIDA, des maladies de longue durée, etc.).

La détermination du prix de l'assurance maladie n'est pas aisée, en raison des difficultés de maîtrise des coûts et des défaillances du système d'informations sanitaires. Même sur le marché camerounais de l'assurance commerciale, l'absence de données spécifiques à l'assurance maladie ne permet pas de déterminer une prime moyenne. En effet, les études de l'ASAC portent sans dissociation, sur les accidents corporels et la maladie. L'on sait seulement que chaque compagnie d'assurance, fort de son expérience propre et de ses statistiques internes, tarifie le risque maladie en s'appuyant sur les critères de taille, poids, âge, sexe, lieu de résidence et statut socio-professionnel, pour individualiser le risque. La prime initiale retenue est ensuite modulée au fil du temps en fonction des résultats statistiques de la police, grâce à la clause d'ajustement prévue au contrat.

La distribution de l'assurance maladie passe par les canaux classiques: les courtiers, les agents généraux et les mandataires salariés. La distinction fondamentale à faire entre courtier et agent général, réside dans la qualité de mandataire et conseil des assurés du courtier, tandis que l'agent général représente une compagnie d'assurance. Il faut signaler que les courtiers et les agents généraux s'intéressent d'avantage aux assurances maladie de groupe, et déploient mieux leur stratégie dans le secteur formel de l'emploi: entreprises et institutions publiques et parapubliques. Les mandataires salariés et apporteurs libres ont plus d'aisance à approcher les populations à faible niveau de revenu. Dans le secteur informel, seule une stratégie de proximité permettrait de toucher les populations cibles. La difficulté majeure est liée à la réticence des individus qui n'ont que peu intégré la culture d'assurance. Pour se faire une idée du poids du courtage dans la distribution de l'assurance maladie, il convient de rappeler qu'il représente 35 à 40% du chiffre d'affaires des compagnies d'assurance. On peut en déduire le rôle prépondérant du courtage en général et de Gras Savoye et ASCOMA en particulier, principaux courtiers d'assurance totalisant 70% de part de marché du courtage, dans la distribution de l'assurance maladie.

## **Section 2. Les formes d'assurance privée du risque maladie**

L'étude des différents types d'assurance maladie privée revient à envisager séparément l'assurance maladie privée commerciale (I) et l'assurance maladie privée non commerciale encore appelée mutuelle de santé (II).

### **I/. L'assurance maladie privée commerciale**

L'assurance maladie privée à but lucratif correspond à l'assurance telle que pratiquée par les sociétés d'assurance<sup>32</sup>. Il s'agit à présent de préciser les axes d'étude de la contribution de cette forme de partage du risque (A) et la traduction au quotidien de son incidence sur l'accès aux soins de santé des individus (B).

#### **A. Les modalités d'amélioration de l'accès aux soins**

La contribution de l'assurance maladie privée commerciale à l'amélioration de l'accès aux soins de santé est appréciable à des degrés divers : il peut s'agir d'investissements au niveau de l'offre ou de la facilitation de l'accès au niveau de la demande de soins.

Grâce à son cycle de production inversé, l'assurance peut investir des sommes importantes dans le secteur d'offre de soins. Rappelons qu'en France, le système de santé doit son niveau de développement à la sécurité sociale, cette forme d'assurance maladie étatique qui a permis de dégager des ressources substantielles pour le financement de la recherche médicale et pharmaceutique. Dans les pays en voie de développement, cette recherche reste embryonnaire, et l'impact de l'assurance maladie privée commerciale est peu perceptible dans ce domaine.

Des sources de l'ASAC, la branche accidents corporels et maladie a permis de dégager à titre de provision pour sinistres à payer, 3 029 321 236 FCFA en 2004, autant de ressources à investir dans la santé. Il faut noter qu'en pratique, l'assurance maladie privée participe fortement au financement des formations de soins, ce qui leur permet de réaliser leurs projets d'investissements et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels. Le concours financier de La Citoyenne Assurances dans le cadre du partenariat financier avec la Fondation Ad Lucem de Bali en 1990, a permis à cette formation sanitaire de faire face à la période de difficultés de trésorerie qu'elle traversait et d'assurer la continuité des soins. Toutefois, l'on signale la difficulté à déterminer dans cette action de

---

<sup>32</sup> L'article 300 du code CIMA établit l'objet et l'étendue du contrôle sur les sociétés d'assurance. L'article 301 définit les formes possibles de constitution de ces sociétés : sociétés anonyme ou société d'assurance mutuelle.

l'assurance, la part réelle d'investissements réalisés grâce aux provisions techniques propres de la branche maladie, en raison de l'absence de données spécifiques du marché.

En outre, l'action de l'assurance maladie doit être déterminée sur le plan de la sécurisation des rapports de l'offre avec la demande de soins. La contractualisation trouve ainsi toute son importance. En effet, l'assurance garantit aux prestataires de soins, une demande certaine et à tout moment solvable, puisqu'en définitive, les frais exposés seront supportés par l'assureur. Ainsi donc, l'existence d'un système de conventionnement stabilise les recettes des prestataires de soins et accroît leur chiffre d'affaires, puisque la masse des assurés sera prioritairement orientée vers les structures de soins agréées. C'est par cette capacité à fournir une clientèle de choix et solvable que l'assurance peut rationaliser la répartition territoriale de l'offre (les prestataires de soins s'implantent là où ils sont certains de trouver une clientèle viable) et mettre en concurrence les structures de soins. Il est de pratique notoire pour les assureurs maladie, d'agréer les centres de soins suivant des critères de compétence technique et humaine, d'équipement matériel et de capacité d'accueil. La concurrence aura pour effet d'améliorer le rapport services/coût, la qualité des services, l'accueil et l'efficacité des soins.

Par ailleurs, l'assurance maladie réalise la protection des personnes contre le risque d'appauvrissement du fait des dépenses de santé. Elle procure aux assurés une sécurité financière et la disponibilité des ressources en temps opportun. En effet, lorsque le malade peut disposer des ressources nécessaires en cas de besoin ou bénéficier d'une prise en charge par un centre de soins, la certitude de récupérer par le biais de l'assurance les sommes exposées, le conforte dans la fréquentation des structures adéquates pour se faire consulter par un médecin, réaliser des examens médicaux prescrits et surtout payer entièrement l'ordonnance délivrée auprès d'une pharmacie moderne. Dans ces conditions, la guérison est rapidement obtenue, car les délais entre l'apparition des premiers signes de la maladie et le recours à la première consultation sont raccourcis et les traitements plus réguliers. Il faut donc souligner aujourd'hui, la faculté des assureurs à proposer « (...) des produits multiformes qui améliorent la qualité de la vie, la prise en charge des dépenses de santé et l'assistance aux invalides »<sup>33</sup>. Un bref aperçu des chiffres du marché camerounais de l'assurance maladie, permet de juger de l'importance du financement réalisé. En 2003, l'assurance accidents corporels et maladie a pris en charge des sinistres à hauteur de 8 912 006 182 FCFA. Cette charge de sinistre a évolué en 2004 ; elle est passée à 9 408 173 201. L'intérêt de ces chiffres n'a de sens que si l'on mentionne les primes collectées de

---

<sup>33</sup> BAYALA (André), Assurance et développement durable in Assurance et sécurité, magazine de l'ASAC, spécial FANAF-février 2006, 9 pages.

la branche. On note en effet en 2003, un chiffre d'affaires de 15 173 538 020 FCFA et 17 022 456 973 FCFA en 2004. On peut ainsi se rendre compte que la charge de sinistres du marché en 2003 est de 58,73% contre 60,45% en 2004<sup>34</sup>.

L'assurance maladie connaît de nos jours, une forte croissance. Elle représente 21,07% de part de marché en 2003 et 22,7% en 2004. La question reste de savoir si cette évolution est assez forte pour impacter significativement l'accès aux soins de santé des populations.

### **B. L'incidence de l'assurance maladie privée sur l'accès aux soins de santé des individus**

L'assurance regorge certainement d'énormes potentialités de financement. Mais pour que son aptitude à améliorer l'accès aux soins de santé soit sensible, il faut encore qu'elle soit financièrement accessible au plus grand nombre; cette accessibilité conditionne le taux de couverture.

L'assurance a un coût. La garantie de l'assureur est subordonnée au paiement de la prime d'assurance. Il découle de l'observation que les niveaux de prime pratiqués sur le marché camerounais de l'assurance ne sont pas accessibles pour la très grande majorité des populations. Sans systématiser, on peut affirmer que la prime moyenne annuelle permettant d'atteindre le point d'équilibre, très variable suivant les prestations, tourne autour de 100 000 FCFA par personne couverte, avec un chargement de l'ordre de 30% (frais de fonctionnement, commission des intermédiaires). Une prime de 20 000 FCFA par contre suffirait à couvrir le risque hospitalier, à condition de limiter les garanties à un plafond raisonnable (de 1 à 3 millions de FCFA par exemple). Lorsque le contrat prévoit la garantie évacuation sanitaire à l'étranger, la prime peut alors être plusieurs fois supérieure à ce montant, variant entre 300 000 à 700 000 FCFA par personne.

Le taux de couverture globale permet d'apprécier le degré de pénétration des populations par l'assurance maladie commerciale. A cet effet, il est intéressant de préciser le pourcentage que les personnes assurées représentent au sein de la population camerounaise. La réalité paraît décevante sur ce point. Jusqu'à ce jour, l'assurance maladie privée commerciale ne couvre qu'à peine 1% de la population. Il va de soit que l'extension du taux de couverture se traduirait par un fort accroissement des primes pour les entreprises d'assurance, tout en renforçant davantage l'accès aux soins de santé.

---

<sup>34</sup> Source de l'ASAC 2006, jumelant les données du marché de la branche accidents corporels et maladie.

Le faible taux de couverture qui pourrait être perçu comme une faiblesse de l'assurance maladie privée commerciale, devrait pouvoir être relevé par l'émergence des régimes d'assurance non commerciale.

## **II. L'assurance maladie privée à but non lucratif : les mutuelles de santé**

Le mouvement mutualiste est en plein essor au Cameroun, même s'il n'a pas encore atteint le niveau d'évolution observable en Afrique de l'Ouest. Du document de Stratégie Sectorielle de la Santé, il ressort l'ambition politique de mutualiser le risque maladie à l'échelon national. Les mutuelles de santé existent aussi bien dans le secteur formel que dans le secteur informel. Il est important de définir la mise en place de cet outil de partage de risque (A) avant d'étudier l'impact des mutuelles de santé sur l'accès aux soins (B).

### **A. La mise en place des mutuelles de santé**

L'on s'accorde généralement à affirmer que le Cameroun devrait constituer une terre de prédilection pour le développement du mouvement mutualiste, au regard de ses atouts divers : un tissu impressionnant d'organisations traditionnelles aussi bien en zone rurale qu'urbaine ; des institutions de micro-finance, organisations paysannes structurées et organisations des femmes ; des comités de santé et des hôpitaux. L'on signale cependant de nombreux défis à relever. On dénote au Cameroun une ambition politique réelle de promotion des mutuelles de santé. Il s'agit d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque District de santé, et d'offrir une protection mutualiste à au moins 40% de camerounais en 2010. Le mouvement mutualiste bénéficie de l'appui du ministère de la santé publique, à travers la Cellule d'Appui aux mutuelles de santé<sup>35</sup>. Il ressort d'une étude, que les mutuelles de santé au Cameroun sont constituées sur la base d'organisations traditionnelles d'entraide et de solidarité<sup>36</sup>. Ces associations comportent pour la plupart, un système embryonnaire de partage du risque maladie. L'inventaire révèle l'existence de moins de 40 mutuelles de santé fonctionnelles au Cameroun<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Les missions de la cellule d'appui aux mutuelles de santé sont relatives à : l'élaboration d'un code de la mutualité (en relation avec les autres administrations concernées), la définition de la stratégie d'appui aux mutuelles de santé, la formation et l'appui aux promoteurs de la mise en place des mutuelles de santé, la constitution d'un registre des mutuelles de santé tout en développant une base de données géographique, l'appui aux mutuelles de santé dans la rédaction et la négociation des conventions avec les formations sanitaires publiques et privées, l'évaluation de l'impact du processus mutualiste sur l'accessibilité financière de l'accès aux soins.

<sup>36</sup> « Inventaire des Systèmes d'assurance maladie en Afrique : synthèse des travaux de recherche dans 11 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre », Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, Octobre 2004, pp 75 et 76.

<sup>37</sup> Les mutuelles fonctionnelles sont celles qui ont dépassé le stade de la constitution et accorde en pratique des prestations à leurs membres.

Elles sont constituées sur des bases ethniques, professionnelles ou de proximité géographique. Il y a lieu de préciser l'absence à la base de ces regroupements, d'identité sociologique ou économique propre à faciliter leur structuration ou leur répartition, et à rationaliser l'équipement (district, région). C'est du reste le mode de constitution qui justifie la petite taille des mutuelles de santé. En effet, l'inventaire des systèmes d'assurance maladie<sup>38</sup> conduit aux constatations suivantes : 16 mutuelles de santé au Cameroun ont un effectif de moins de 1000 personnes. Certes il existe en Afrique des organismes réunissant plus de 10 000 adhérents, mais en général 9 sur 10 ont moins de 1000 adhérents ; 8 sur 10 couvrent moins de 1000 personnes ; et environ la majorité a moins de 650 bénéficiaires<sup>39</sup>. C'est certainement là l'illustration parfaite du terme de micro-assurance, mais la taille réduite, ajoutée à l'isolement, rejaillit forcément sur la viabilité des mutuelles. En l'état actuel au Cameroun, il n'y a pas de regroupement des mutuelles en instance fédérative. La participation des communautés à la mise en place des mutuelles de santé reste marginale. En général, elles sont fortement impliquées dans la création des organes et la définition de leurs attributions, la détermination du paquet minimum de services à offrir par la mutuelle et la fixation du taux de cotisation ainsi que du coût d'adhésion. Par contre, leur participation à la promotion est peu perceptible.

Le mode de fonctionnement des mutuelles de santé est démocratique et transparent. Les principaux organes sont donc : l'Assemblée Générale Constitutive, l'Assemblée Générale des Membres, le Comité de Surveillance et le Conseil d'Administration. Les difficultés de fonctionnement des mutuelles de santé tiennent essentiellement aux ressources financières et à l'efficacité de la gestion.

L'idéal serait que les cotisations des membres suffisent à financer les charges techniques et administratives des mutuelles. Mais en pratique, c'est grâce aux subventions d'organismes de coopération que celles-ci parviennent à équilibrer leurs résultats d'exploitation. C'est certainement les niveaux de cotisation très faibles et les difficultés de recouvrement qui exposent les mutuelles de santé au risque d'insolvabilité. En effet, en matière d'effort pour la santé, dans le secteur formel, les ressources disponibles possibles en moyenne se situent autour de 50 000 FCFA alors que le souhaitable serait de l'ordre de 100 000 FCFA, voire plus. La régularité des revenus et le prélèvement des cotisations sur les salaires, facilitent le recouvrement des cotisations. Cependant, pour les mutuelles du secteur informel, les ressources possibles sont en moyenne comprises entre 5 000 et 10 000 FCFA, alors que le souhaitable serait de 50 000 FCFA.

---

<sup>38</sup> Ouvrage précité : Tableau 10 bis : effectif des cibles des systèmes d'assurance maladie fonctionnels par pays, p100

<sup>39</sup> Ouvrage précité, p75

Le cas de la mutuelle ASIPES<sup>40</sup> permet de s'en convaincre : il est exigé par adhérent une cotisation hebdomadaire de 50 FCFA.

La gestion bénévole, peu efficace d'ailleurs, fragilise davantage les mutuelles de santé. Plusieurs fonctionnent en l'absence d'outil minimum de gestion : documents comptables, micro-ordinateurs, locaux et matériels de bureaux essentiels. Le personnel est recruté parmi les adhérents et il y a peu de chance de trouver au sein de la mutuelle des personnes à la hauteur des tâches à remplir. C'est encore l'insuffisance des ressources qui les empêchent de recourir à un personnel externe qualifié.

### **B. L'incidence des mutuelles de santé sur l'accessibilité financière aux soins**

L'impact des mutuelles de santé est actuellement très limité, en terme de population couverte et de contribution à la dépense des soins des ménages adhérents. Il ressort d'une étude<sup>41</sup> réalisée dans onze pays, dont le Cameroun, que celles-ci couvriraient entre un million et un million et demi de personnes. En moyenne, elles ne prendraient en charge que 900 FCFA de soins par an et par personne. Le faible apport financier des mutuelles de santé est une fois de plus la conséquence inéluctable des niveaux de cotisations et des effectifs admis, qui obligent à une gestion prudente pour maintenir un équilibre technique. De même, les produits proposés sont peu attrayants, et les garanties sévèrement limitées. Les mutuelles couvrent avec peine le risque ordinaire de l'ensemble des adhérents pour une période d'assurance et pratiquent des tickets modérateurs très élevés, de l'ordre de 40, voire 50%. Il est difficile de déterminer l'impact du mouvement mutualiste de manière globale dans le cadre spécifique du Cameroun. L'exemple de la mutuelle ASIPES permettra de se faire une idée sur l'apport des mutuelles de santé sur l'accès aux soins des populations.

La mutuelle ASIPES pour les populations de la localité Nylon à Douala<sup>42</sup>, couvre environ 8000 personnes. On estime en moyenne à 30% les adhérents utilisant mensuellement la mutuelle pour leur problème de santé. Le paludisme constitue la première cause des consultations et absorbent environ 70% des recettes de la mutuelle ; les maladies chroniques telles que la tuberculose n'en consomment que moins de 10%. On déduit de ces ratios que la mutuelle répond bien aux besoins de ses adhérents, plus exposés aux maladies aiguës. Il faut cependant regretter le résultat déficitaire de cette mutuelle. A la fin de l'année 1999, elle présentait une charge de

<sup>40</sup> Association Islamique pour la Promotion de l'Education et de la Santé du quartier Nylon à Douala.

<sup>41</sup> Ouvrage précité, p78.

<sup>42</sup> [www.Medicusmundi.ch/mms-fr/services/bulletin200004](http://www.Medicusmundi.ch/mms-fr/services/bulletin200004)

sinistres de 2 800 000 FCFA, les recettes étant estimées à 1 600 000 FCFA. Elle équilibre ces résultats grâce aux subventions privées des membres aisés, ce qui met en doute sa viabilité à moyen et à long terme.

L'appréciation de l'impact des mutuelles de santé doit être menée avec prudence, parce que la plupart des mutuelles fonctionnelles sont de création récente. Dans la plupart des pays subsahariens, le mouvement mutualiste ne totaliserait qu'environ dix années d'existence. Mais elles ont déjà le mérite de susciter l'implantation de l'offre de soins dans les localités où elles sont domiciliées. D'ailleurs, certaines formations sanitaires ont compris l'intérêt du mouvement mutualiste pour le développement de leurs activités. Plusieurs mutuelles sont incorporées au sein des structures de soins.

L'assurance du risque maladie nous a conduit à l'examen des mécanismes du partage de risque et de ses différentes formes. Il apparaît ainsi que cette technique réalise un début d'équité dans l'accès aux soins de santé. Mais seulement, l'impact de cet outil de financement reste limité. Il est nécessaire de réfléchir à des voies de développement de l'assurance maladie privée.

## CHAPITRE 2. PROPOSITIONS DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Les démarches entreprises en vue de satisfaire au financement des soins de santé présentent l'assurance comme étant une alternative certaine. Il rentre naturellement dans les fonctions essentielles de l'assurance, de pourvoir au financement du risque à tout moment grâce à une disponibilité certaine des ressources. Malgré les atouts que l'on reconnaît au partage collectif du risque maladie, il faut reconnaître que les plus pauvres peinent à accéder à l'assurance. Pour jouer pleinement son rôle, l'assurance maladie doit connaître un développement plus considérable que ce qui est actuellement observable dans la plupart des pays à faible revenu. L'enjeu de ce développement est considérable, puisque, si le plus grand nombre peut souscrire à l'assurance maladie, il accède également aux soins de santé. Le défi à relever est donc de savoir comment développer l'assurance maladie privée et donc l'accès aux soins des plus pauvres. La question intéresse tous les acteurs sociaux, ainsi que l'Etat, engagé dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Il doit être interpellé à juste titre sur la mise en place d'un environnement sanitaire favorable à cette forme de protection sociale et sur la définition d'un dispositif juridique relatif au régime des micro-assurances santé. En outre, il y a un intérêt certain à développer une collaboration réciproque entre les différents régimes d'assurance maladie, plutôt que de les séparer systématiquement par des frontières étanches.

En tout état de cause, le développement de l'assurance maladie requiert des conditions précises (section 1) et la définition de synergies entre différents types d'assurance maladie privée (section 2).

### **Section 1. Conditions nécessaires au développement de l'assurance maladie privée**

Quatre conditions sont communément jugées indispensables à la mise en œuvre de l'assurance maladie. Il s'agit notamment de la mobilisation sécurisée des ressources, une offre de soins fiable, des comportements adaptés et un système d'information efficace. Le Cameroun ne réunit pas actuellement ces conditions. Ce détail permet de comprendre pourquoi une assurance maladie obligatoire et généralisée n'est pas possible dans le contexte camerounais actuel.

L'assurance maladie commerciale bénéficie déjà d'une législation communautaire sécurisant les différents acteurs intervenant dans l'opération d'assurance. Ce n'est pas encore le cas des mutuelles de santé régies par aucun texte spécifique.

Les conditions préalables au développement de l'assurance sont donc relatives à l'amélioration de l'offre de soins (I) et à la définition d'un cadre législatif et réglementaire spécifique aux mutuelles de santé (II).

## **I/. L'amélioration du système d'offre de soins**

Il est important pour l'assurance que les assurés soient convaincus de pouvoir compter sur une offre de qualité et disponible. C'est ce qui suscite l'adhésion au sein du public cible et conditionne l'application d'un système de référence obligatoire. Les assureurs doivent également pouvoir disposer d'informations sanitaires fiables pour affiner leurs statistiques. Pour l'essentiel, les carences de l'offre de soins sont celles mises en exergue dans le plan de Stratégie Sectorielle de la Santé. Les points à améliorer seront donc prioritairement la qualité de l'offre (A), l'effectivité d'un système de référence (B) et le système d'information sanitaire (C).

### **A. La qualité de l'offre de soins**

Ce qui rend l'offre de moindre qualité ce n'est pas seulement l'insuffisance des ressources, mais aussi la qualité des services rendus à la clientèle.

L'introduction du recouvrement des coûts dans le système de santé camerounais visait par l'autofinancement des soins, à dégager les ressources indispensables pour la santé. C'est un problème de mauvaise gestion si cet objectif n'est pas atteint aujourd'hui. Les ressources dégagées sont détournées par les professionnels de la santé. Dans ces conditions, il est malaisé de persuader les demandeurs de soins d'adhérer à toute forme de protection sociale organisée. La mauvaise gestion donne lieu de craindre que les ressources mises en commun pour la santé, ne servent, au moins dans un premier temps, à financer les formations sanitaires déficitaires et non les besoins des cotisants.

Par ailleurs, il faut savoir que la perception que les consommateurs ont de l'offre est déterminante dans l'accès aux soins. De ce point de vue, la qualité est appréciée au regard de l'accueil réservé au patient, de la relation entretenue avec le prestataire de soins, et de l'efficacité du service rendu. La perte de motivation du personnel sanitaire et le recul de la déontologie professionnelle ont généré dans le système d'offre de soins des comportements qu'il faut à

présent combattre. C'est autant le détournement des fonds que celui de la clientèle des formations et des équipements sanitaires qui est décrié. A titre d'exemple, le coût d'une consultation dans le secteur public de l'offre de soins est mal connu parce qu'à côté d'une tarification officielle, coexiste une autre, parallèle qui alourdit la facture des soins. Beaucoup de médecins et infirmiers disposent d'une structure de vente de médicaments et consommables médicaux essentiels. On explique ces comportements déviants en partie, par le niveau de rémunération peu alléchant du personnel de la santé. La démotivation rejaillit forcément sur la qualité de l'accueil et des services rendus aux clients. Les tracasseries administratives et les escroqueries diverses pour finir, ont dissuadé les individus de fréquenter les hôpitaux. En effet personne n'est disposé à payer un service qu'il perçoit comme étant de mauvaise qualité.

Nous pensons que l'Etat devrait revoir la politique de formation et d'embauche du personnel sanitaire. Si on veut améliorer la qualité de l'offre, il faut d'abord disposer des médecins généralistes et spécialistes en nombre suffisant, puis les répartir de manière efficiente sur le territoire national. Une amélioration de leur régime salarial en dehors des pratiques administratives connues (avancement, promotions, etc.) inciterait à plus de conscience professionnelle. Les tarifs applicables dans les centres de soins devraient faire l'objet de publications et de sensibilisation des masses de manière régulière, et être définis selon un régime unique sur le territoire national pour des formations de soins d'un même niveau. De même, l'institution d'un mode de rémunération fondé sur le nombre de consultations et la qualité du service, évaluée par un organisme externe et indépendant de contrôle de la qualité pourrait inciter le personnel à changer de comportement. Enfin, l'accent doit être mis sur les sanctions disciplinaires. Une plus grande autonomie des structures dans la gestion et l'exercice du pouvoir disciplinaire sans l'interférence des responsables du niveau central est souhaitable pour décourager les manquements professionnels. L'amélioration de la qualité de l'offre aura pour effet de rendre effectif, le système de référence obligatoire.

### **B. L'effectivité d'un système de référence**

La pénurie du personnel médical et les problèmes de coût, ne sont pas favorables à l'institution d'un système de référence obligatoire. Il est pourtant fondamental pour l'assurance maladie en vue de la maîtrise des coûts, qu'un patient puisse consulter une formation sanitaire de première ligne, quitte à celle-ci de le référer à un niveau de soins supérieur le cas échéant. Il faut noter que l'Etat Camerounais a clairement défini les règles du jeu pour des unités fonctionnelles

pouvant servir de référent de première intention pour des formes d'assurance. En effet, la liste des actes que devraient pratiquer les formations sanitaires en fonction de leur rang dans la hiérarchie de la carte sanitaire sont les suivants :

- Pour les centres de santé intégrés : pathologies simples, consultations, médicaments, examens de laboratoire, vaccinations, accouchement, petite chirurgie, hospitalisation de jour ;
- Pour les hôpitaux de district : consultations, médicaments, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, examens de laboratoire ;
- Pour les hôpitaux provinciaux : consultations, médicaments, hospitalisation, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, ORL, ophtalmologie, stomatologie, examens de laboratoire, radiologie, échographie.

Cette liste correspond bien aux attentes et aux besoins de santé. Cependant, elle est irréaliste, compte tenu des moyens dont disposent les différents niveaux de soins et leur état de fonctionnalité. Le manque de personnel est surtout la caractéristique des centres de santé primaires. Certains fonctionnent avec deux ou trois infirmiers, mais sans un médecin. Le déséquilibre des moyens fonctionnels apparaît comme la cause essentielle de perte de la clientèle, au profit des formations sanitaires mieux équipées. Si la demande solvabilisée s'adressait dans une proportion élevée à la formation de soins de référence, l'exercice des activités prévues par la carte sanitaire<sup>43</sup> permettrait de dégager les ressources suffisantes pour payer les services d'un médecin, et un personnel soignant suffisant, sans pour autant diminuer les ressources affectées à la santé.

L'amélioration de l'offre de soins en vue de permettre l'application d'un système de référence est vitale pour l'assurance. L'effectivité et l'efficacité d'une telle mesure suppose au préalable que l'Etat comble les lacunes de ressources humaines et matérielles qui font cruellement défaut aux structures d'offre de soins de santé primaires. Ce qu'il faudrait, c'est une formation du personnel en nombre suffisant et une meilleure allocation des ressources au niveau des formations sanitaires, de sorte à préserver l'équité dans la répartition.

### **C. Le système d'information sanitaire**

On ne perçoit nulle part dans le paysage sanitaire camerounais, une structure propre d'information, d'éducation et de communication pour la santé. Ce qui est déploré c'est non pas l'absence totale d'information sanitaire, mais de système d'information véritable capable

---

<sup>43</sup> Les activités prévues par la carte sanitaire visent essentiellement : les consultations, examens, hospitalisations de jour, accouchements, vaccinations. Il s'agit des soins de santé primaires.

d'assurer la disponibilité de l'information à tout moment. L'information sanitaire est souvent rapportée par des initiatives isolées menées par des experts, limitées à une région, une province par exemple. Exceptés quelques cas particuliers comme le VIH/SIDA, la tuberculose pour lesquels l'Etat procède à la centralisation des données collectées depuis la base sur toute l'étendue du territoire national, il est très difficile de connaître à l'heure actuelle la fréquence et le coût moyen des pathologies au Cameroun.

Il est souhaitable que l'Etat crée au niveau central, un service rattaché au Ministère de la Santé Publique, chargé de recueillir l'information depuis le niveau périphérique jusqu'au sommet de la hiérarchie sanitaire. L'équipement des structures de soins d'un système informatique performant et efficace, aidera à réaliser cet objectif.

L'amélioration de l'offre de soins de santé aura un effet considérable sur le développement du mouvement mutualiste. Cependant, il faudrait aussi que l'action de l'Etat aille au-delà des réformes du système d'offre ; il est souhaitable qu'il porte un appui plus conséquent aux systèmes d'assurance à but non lucratif.

## **II/. L'appui de l'Etat aux mutuelles de santé**

L'Etat peut créer les conditions nécessaires au développement de l'assurance par la promotion des mutuelles de santé. Une intervention dans ce sens est souhaitable à plusieurs niveaux, dont principalement : au niveau législatif et réglementaire (A), au niveau économique (B) et au niveau d'un contrôle de tutelle (C).

### **A. La définition d'un cadre législatif et réglementaire**

Le cadre législatif et réglementaire est un élément indispensable pour la mise en place et le développement d'un régime d'assurance. Il fixe les obligations et les droits respectifs des assurés et des organismes assureurs, afin d'éviter que la relation contractuelle qui va être créée entre parties prenantes, ne se développe de façon incohérente et au détriment de l'une d'entre elles. Seuls les textes relatifs aux associations permettent de donner aux mutuelles de santé une base légale, mais il faut reconnaître que ces textes ne conviennent pas à la spécificité de celles-ci. Au Cameroun, on sait seulement qu'une Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé rattachée au Ministère de la Santé Publique a, entre autres missions, l'élaboration d'un code de la mutualité, lequel reste toujours attendu.

Le cadre législatif et réglementaire traitera des questions relatives à l'agrément des systèmes d'assurance, leur viabilité financière, les obligations d'information des assurés ou de compte-rendu aux cotisants et aux pouvoirs publics. Il faut même reconnaître que la promulgation des textes juridiques est déjà en soi la manifestation d'une volonté explicite d'encourager le financement de la santé dans les milieux défavorisés au moyen de l'assurance maladie non commerciale. Une interrogation demeure sur le type de loi convenable pour les mutuelles de santé.

S'il s'agissait d'un régime d'assurance obligatoire, une loi cadre suivie des décrets d'application, serait indiquée comme c'est le cas notamment, de la loi cadre ivoirienne, portant création de l'assurance maladie universelle<sup>44</sup>. Mais dans le contexte camerounais où il n'est pas question d'un régime d'assurance obligatoire, deux solutions sont possibles. La mutuelle de santé peut être soumise à la législation des assurances compétente pour les sociétés d'assurance et en l'occurrence celle issue du code CIMA, ce qui nous semble peu adéquate, les mutuelles n'ayant pas la taille requise pour supporter cette législation. Il nous reste donc une autre issue privilégiant des dispositions juridiques particulières, dans le cadre d'un code de la mutualité. Certains pays comme le Mali<sup>45</sup>, se sont engagés dans cette voie. Nous pensons qu'une pareille démarche influencerait grandement sur le développement des mutuelles de santé, à condition que le code de la mutualité envisageable soit adapté aux réalités locales. Un arsenal juridique propre paraît donc d'une importance capitale, mais le rôle de l'Etat est davantage incitatif s'il apporte un appui économique à la mise en place du régime mutualiste.

### **B. L'apport économique de l'Etat dans la mise en place des mutuelles de santé**

On peut souhaiter que l'Etat mette à la disposition des mutuelles en constitution des ressources qui leur sont indispensables. Il s'agit de manière directe, de subventionner le régime. Toutefois, il est moins question de fournir en permanence les ressources d'investissements qui rendront les mutuelles de santé fonctionnelles que de mettre à la disposition de celles-ci ce dont elles ont besoin pour leur montage. Car il est important que les mutuelles de santé restent autonomes.

En outre et indirectement, l'Etat peut utiliser l'outil fiscal pour favoriser le fonctionnement et le développement des mutuelles de santé. Ne pas taxer les cotisations revient à

---

<sup>44</sup> Loi N°2004-636 du 09 octobre 2001, portant institution, organisation et fonctionnement de l'Assurance Maladie Universelle.

<sup>45</sup> Loi N°96-022/ Régissant la mutualité en République du Mali

permettre d'offrir les services de l'assurance à un prix moindre. L'enjeu politique que représente la santé, compte tenu du caractère d'utilité publique de l'assurance maladie devrait suffire à compenser le manque à gagner pour l'Etat.

Par ailleurs, l'Etat peut jouer un rôle décisif au niveau de la contractualisation entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins. Il va de soi, que cet apport prend tout son sens s'il s'agit pour l'Etat d'intervenir auprès des formations de soins du secteur public qui auraient pu refuser les exigences des mutuelles, d'autant plus qu'en raison de leur taille réduite, elles ont peu de chance à s'imposer. L'Etat mettrait son intermédiation à profit entre les mutuelles et les prestataires qui refusent une tarification négociée ou d'atteindre le niveau de qualité des services escomptés.

### **C. Le contrôle de tutelle des mutuelles de santé**

Il est souhaitable que l'Etat définisse l'organe de tutelle et les relations entre les mutuelles de santé et cet organe. A notre sens, il reviendrait au Ministère de l'Economie et des Finances d'exercer la tutelle sur les mutuelles de santé, en raison de la nature particulière de leur activité, à savoir l'assurance du risque maladie. La Division Nationale des Assurances jouerait naturellement le rôle d'organe de contrôle. Un premier aspect du contrôle pourrait intervenir à travers l'octroi des agréments, ce qui permettrait a priori de vérifier la conformité de constitution des mutuelles de santé aux textes en vigueur, leur fonctionnement et leur viabilité. Mais c'est surtout le second volet qui est primordial, car a posteriori, il faut vérifier que les engagements pris à l'égard des assurés à toute époque, seront tenus et que la gestion des mutuelles respecte les normes prudentielles légales. De toute façon, sans un contrôle de solvabilité, le mouvement mutualiste ne saurait perdurer, encore que l'aptitude des mutuelles à faire face aux engagements pris à l'égard des membres représente la meilleure des promotions possibles et le gage de la confiance du public cible.

#### **Section 2. L'aménagement de synergies entre différentes formes d'assurance maladie privée**

L'assurance commerciale et les mutuelles de santé ne sont pas forcément concurrentielles. En vue d'améliorer l'accès aux soins de santé par un développement satisfaisant des mécanismes d'autofinancement du risque, il est possible d'aménager un champ d'interaction qui permettra aux deux formes d'assurance maladie, au lieu de s'opposer, de se compléter réciproquement. Cet

objectif est réalisable si les compagnies d'assurance, offrent aux mutuelles de santé de renforcer leur capacité (I) ; en retour, celles-ci leur apporteraient l'avantage d'une proximité avec les masses du secteur informel et rural (II).

### **I/. L'offre de renforcement des capacités des mutuelles de santé**

Les sociétés d'assurance peuvent offrir aux mutuelles de santé, des solutions originales pour leurs problèmes de gestion et de taille, ou une protection financière et technique. Il convient d'envisager l'offre faite aux mutuelles de santé dans le sens d'un transfert de gestion pure et simple aux compagnies d'assurance d'une part (A) et de la réassurance de celles-là auprès de celles-ci d'autre part (B).

#### **A. Le transfert de gestion pure et simple aux sociétés d'assurance**

Il s'agit pour les sociétés d'assurance, d'offrir aux mutuelles de santé leurs compétences humaines et leurs ressources matérielles.

Le mode de constitution des mutuelles de santé donne peu de chance de retrouver parmi les adhérents, les personnes compétentes et disponibles pour l'exercice des tâches quotidiennes. On reproche à leur mode de gestion, le plus souvent bénévole, un manque d'efficacité : le bénévolat est incompatible avec l'ampleur des tâches quotidiennes des mutuelles de santé ; le bénévole n'a très souvent aucune compétence de gestion administrative, comptable, financière et technique ; les membres ne font pas toujours confiance à la gestion des responsables désignés parmi eux ; les documents comptables et financiers sont mal tenus ou inexistantes.

Les sociétés d'assurance disposent d'une gamme riche et variée de ressources humaines, dont peuvent profiter les mutuelles de santé. Moyennant une commission rémunérant le service rendu, les compagnies d'assurance pourraient en interne spécialiser un ou deux cadres selon l'ampleur des tâches, à la gestion et au suivi quotidiens des affaires administratives, techniques, comptables et financières des mutuelles de santé. Celles-ci pourraient céder aux assureurs professionnels, une quote-part des frais de fonctionnement perçus auprès des membres. Ces frais sont en moyenne de l'ordre de 10% des cotisations des mutuelles. Une fraction de ces frais pourrait bien servir à compenser le transfert de gestion accepté par les sociétés d'assurance, tout en allégeant les charges de fonctionnement des mutuelles. En effet, si leur gestion est bien assumée, elles gagnent en solidité et éloignent le risque de faillite dû à la mauvaise gestion.

Le problème des ressources matérielles est lui aussi lié à la modicité des cotisations. Les mutuelles ont besoin pour leur fonctionnement des locaux, des outils informatiques et bureautiques, du matériel de bureaux, ainsi que de l'énergie électrique et d'eau. Il apparaît difficilement réalisable pour celles-ci de s'équiper en moyens informatiques et bureautiques en raison de leur coût élevé. Dans ces conditions, lorsqu'elles transfèrent aux compagnies d'assurance leur gestion, ce problème trouve un début de solution. L'assureur professionnel comptant sur le grand nombre, peut à l'aide des chargements de gestion minimales au niveau individuel, dégager les moyens indispensables à une gestion viable des structures.

Les mouvements mutualistes, de création récente, ne trouveront pas tous seuls la nécessité et l'intérêt de transférer leur gestion aux sociétés d'assurance. Il sera donc important que les assureurs privés mènent une démarche vers les mutuelles afin de les persuader du bien fondé de cette approche. L'offre des sociétés d'assurance au-delà même de la gestion, pourrait englober la réassurance des mutuelles de santé.

### **B. La réassurance des mutuelles de santé**

Il importe de préciser l'objet de la réassurance et de définir un plan adapté pour les mutuelles de santé.

La réassurance des mutuelles de santé doit être entendue dans le sens du transfert de risques de celles-ci vers les compagnies d'assurance. Il ne pourrait s'agir de transférer directement ces risques aux réassureurs professionnels<sup>46</sup>. La difficulté pour les mutuelles de santé à accéder directement aux réassureurs tient en outre à la réticence affichée de ceux-ci devant la faible marge bénéficiaire qu'elles dégagent et le manque de données fiables sur la base desquelles les risques et avantages financiers seront évalués.

En considérant la difficulté financière de l'Etat à soutenir la micro-assurance santé, il faut souligner que la réassurance des mutuelles apparaît comme le moyen privilégié pour améliorer la gestion des risques, et de renforcer leur capacité technique et financière, afin qu'elles puissent valablement remplir leur rôle d'assurance maladie de première ligne.

Pour que cette démarche soit viable, le réassureur aura besoin de disposer d'informations complètes sur les profils de risques et les prix des prestations de santé dans les milieux ruraux et informels dans lesquels les mutuelles opèrent. Il y a lieu d'observer que par le biais de la

---

<sup>46</sup> La réassurance au sens ordinaire du terme, implique le transfert de risque d'une compagnie d'assurance à une société de réassurance qui accepte, moyennant cession des primes correspondantes. Le réassureur reverse ensuite à l'assureur, une commission de gestion en vue de contribuer aux frais de gestion du risque (coût d'acquisition et de gestion).

réassurance, les sociétés d'assurance pourraient ainsi mettre les techniques modernes de gestion de risques à la disposition de l'économie informelle. Ce dispositif permettra de juguler le risque d'insolvabilité et de non respect des engagements qui pèse sur les mutuelles de santé, en cas de réalisation du risque hospitalier, de risque de cas catastrophiques. Indirectement, les assurés des mutuelles profiteront de la protection découlant de la législation communautaire des assurances, puisque l'opération de réassurance appelle désormais la garantie des sociétés d'assurance en cas de sinistres réassurés.

Il convient de préciser que les compagnies d'assurance ne s'engageront que si elles ont les moyens de se prémunir contre le risque d'insolvabilité des mutuelles de santé. Certains adhérents ne peuvent plus cotiser régulièrement à cause de la pauvreté, parfois ayant même déjà bénéficié des prestations de la mutuelle. D'autres, à jour dans leurs cotisations, arrêtent de payer parce qu'ils ont le sentiment de cotiser à fonds perdu ; c'est le cas lorsqu'ils contractent les maladies appelant la garantie de l'assureur moins souvent que les autres, ou lorsque la mutuelle devenue insolvable, ne peut plus tenir ses engagements à l'égard des membres sinistrés.

Ces attitudes s'expliquent par une ignorance du principe fondamental de l'assurance, à savoir la solidarité. Dans ces conditions, les mutuelles seraient incapables de reverser régulièrement les primes dues aux réassureurs. Il faut donc définir une véritable politique de reversement des primes au titre des risques cédés. Le recouvrement des cotisations dans le cadre des mutuelles du secteur formel de l'emploi sera aisé en raison de la possibilité de réaliser des prélèvements automatiques sur les salaires. Le problème se pose donc dans le secteur informel de l'emploi.

Nous préconisons l'institution d'un fonds de garantie auprès des cessionnaires alimenté par les mutuelles de santé. Un système de préfinancement permettra de verser dans ce fonds les sommes collectées auprès des membres au cours de l'année antérieure à celle de la cession en réassurance. Les gérants des mutuelles connaissent mieux le cycle d'activité et le moment de l'année où les membres gagnent l'essentiel de leurs revenus. C'est à ce moment favorable qu'ils percevront l'essentiel des cotisations de l'année. Un planteur serait plus disposé à s'acquitter de ses obligations à l'égard de sa mutuelle, immédiatement après la vente des récoltes. Il en est de même en fin de journée pour le vendeur à la sauvette, grâce au bénéfice journalier réalisé sur l'écoulement d'un stock de commande ou d'un conducteur de « moto-taxi » au terme de sa journée de travail. Ainsi, il y a une possibilité de sécuriser les cotisations, si chacun des adhérents s'adonne à une activité génératrice de revenu. Les sommes reversées dans le fonds de garantie

seront capitalisées par les cessionnaires et permettront un meilleur refinancement des mutuelles de santé grâce aux produits financiers générés.

La société réassurant le risque fournira gratuitement aux mutuelles affiliées, un appui technique dans les domaines de l'informatique et de la gestion des demandes de remboursement, ce qui aura pour effet de réduire leurs frais administratifs. On comprend donc que le but de la démarche proposée est de remédier à l'instabilité financière des mutuelles de santé, principalement due à la petite taille des regroupements.

L'intérêt d'un bon plan de réassurance est évident. C'est l'exemple des expériences mutualistes réussies qui confortera la foi des individus en la mise en commun du risque santé, et suscitera de nouvelles adhésions. Les sociétés d'assurance gagneraient dans la collaboration avec les mutuelles de santé, d'un plus grand rapprochement avec les masses.

## **II/. L'apport aux sociétés d'assurance de la proximité avec les masses**

Les mutuelles de santé pourraient représenter pour les compagnies d'assurance, un puissant outil de pénétration du secteur informel et rural. Leur intermédiation est nécessaire pour une assurance (A) et pour une gestion de proximité (B).

### **A. L'assurance de proximité via les mutuelles de santé**

Il faut reconnaître la difficulté pour les compagnies d'assurances à pénétrer les couches défavorisées de la population. Une campagne de sensibilisation à l'assurance maladie gagnerait en terme d'efficacité, si elle était menée par les mutuelles de santé, sous la houlette des assureurs commerciaux. C'est affirmer ainsi l'intérêt que ceux-ci auraient à susciter chez les masses, la volonté de se regrouper dans le cadre mutualiste en vue de faire face aux besoins de financement de la santé en expliquant clairement aux acteurs interpellés, l'enjeu de la technique mutualiste, puisqu'en dernier ressort, les risques de la mutuelle constituée seront transférés aux assureurs commerciaux par le biais de la réassurance. La mutuelle s'érige alors en interlocuteur fiable pour atteindre les populations exclues de toute forme de protection sociale. Il faut même espérer que les adhérents des mutuelles produisent un effet de charme auprès des personnes réticentes, de manière à susciter de nouvelles adhésions et d'étendre le champ d'action de l'opération d'assurance maladie.

Les populations sensibilisées souscriront une assurance maladie, pour celles qui acceptent en fin de compte, à l'occasion de leur adhésion à la mutuelle de santé. Il est difficile pour les

assureurs professionnels de pénétrer sans entremise le secteur informel et rural où ils sont d'ailleurs pratiquement inexistant. Le potentiel économique que représente ce secteur permettra d'accroître l'assiette des primes d'assurance, et donc le chiffre d'affaires de la branche. Un autre avantage qu'offrent les mutuelles de santé consiste en la possibilité d'une gestion de proximité.

### **B. La gestion de proximité**

Les mutuelles de santé présentent également pour les sociétés d'assurance, l'intérêt d'une gestion de proximité. Celle-ci est perceptible au niveau de la collecte des cotisations, du contrôle et de la prévention des fraudes.

La collecte des cotisations est rendue facile par l'entremise des mutuelles de santé. Une démarche individuelle auprès de chaque membre assuré, aurait certainement eu pour les compagnies d'assurance un effet dissuasif. En effet, le gérant de la mutuelle collecte régulièrement les cotisations des adhérents et c'est lui qui les reversera ensuite aux assureurs professionnels, selon une périodicité définie. En fait, il est souvent difficile pour les cotisants de régler leur cotisation en un paiement unique. L'échelonnement des paiements leur offre la possibilité de mieux remplir leurs obligations vis-à-vis des mutuelles. Si l'assureur commercial devait le faire lui-même, il aurait exposé des coûts disproportionnés par rapport au montant des recettes attendues, à cause des difficultés de recouvrement des primes. Il lui aurait même été plus difficile de retrouver l'adresse propre de chacun des membres. C'est donc l'intérêt d'une maîtrise des coûts qui est ainsi mis en relief.

On a déjà relevé la permanence du risque de fraude en assurance maladie. Le contrôle des masses serait très malaisé pour les sociétés d'assurance. Pourtant entre eux, les membres des mutuelles se connaissent mieux, et cette connaissance réciproque des uns et des autres place les mutuelles de santé dans une position privilégiée pour contrôler et prévenir les risques de fraude. Les réclamations transmises à l'assureur feront nécessairement l'objet d'une première vérification par celles-ci sur le terrain. Nous pensons qu'elles sont mieux aptes à vérifier l'effectivité des soins administrés aux membres, la réalité des hospitalisations, etc.

## CONCLUSION GENERALE

En définitive, le problème de départ était celui de savoir, quel est l'impact de l'assurance maladie privée sur l'accès aux soins de santé au Cameroun. L'étude préalable du contexte de l'accès aux soins de santé à travers une analyse du secteur sanitaire et des dépenses de santé des ménages, a permis de lever le voile sur les difficultés pour les plus pauvres à financer leurs besoins de santé. Ces difficultés sont de toute évidence, le corollaire de la fin de la gratuité des soins héritée de l'époque coloniale, qu'assuraient l'Etat et les entreprises. Les effets conjugués de la crise économique, les plans d'ajustement structurel et la dévaluation du franc CFA, devaient contraindre l'Etat à réduire l'enveloppe budgétaire affectée à la santé. Le recul de l'Etat ne va pas sans conséquence. Il s'ensuit rapidement une dégradation des principaux indicateurs de développement humain, plaçant le système de santé camerounais à un niveau inférieur par rapport à celui de la plupart des pays à niveau de revenu semblable. Globalement, l'offre de soins apparaît inadaptée et inapte à satisfaire une demande de plus en plus croissante et pressante, car elle est mal répartie dans l'espace et surtout sous-équipée.

Les ménages sont devenus les principaux acteurs du financement de la santé, depuis l'introduction du recouvrement des coûts. Toutefois, l'accroissement des dépenses supportées par les individus, n'a pas traduit une amélioration de l'accès aux soins ni même une amélioration de l'offre. Pratiquement, l'informel est la principale destination de ces dépenses, notamment en raison des travers du système d'offre formel. La recherche des solutions alternatives pour combler le recul de l'Etat, a en effet privilégié la technique de partage du risque, afin de limiter l'obstacle financier et de réaliser l'équité en matière d'accès aux soins. C'est justement le volet économique qui interpelle l'assurance maladie privée, puisqu'elle a vocation à alléger la charge financière qui pèse sur un seul et d'éviter ainsi le financement de la santé au prix d'un appauvrissement certain des populations. L'examen de la contribution de l'assurance maladie privée nous a permis de dégager les énormes potentialités et l'enjeu de l'assurance, qu'elle soit commerciale ou à but non lucratif.

Le problème de l'accès aux soins est devenu un objectif politique majeur. Il faut reconnaître que « la santé pour tous » revêt un caractère d'intérêt général.

Au bout du compte, nous constatons que l'assurance n'est pas encore parvenue en l'état actuel, à réaliser l'accès du plus grand nombre aux soins de santé. C'est pourtant la finalité

attendue par l'ensemble des acteurs politiques et les bailleurs de fonds internationaux. Jusqu'à ce jour, le taux de couverture de l'assurance commerciale reste très limité en raison de son coût prohibitif pour les démunis, et l'absence d'une véritable culture de prévoyance contre le risque maladie.

Beaucoup d'espoirs sont à présent fondés sur la micro-assurance santé, laquelle a du mal à passer le cap actuel d'expérimentation, en raison de la petite taille des mutuelles fonctionnelles, des difficultés d'autofinancement et de gestion viable sur le long terme. De réels espoirs seraient cependant permis, si cet outil de partage collectif du risque était développé de sorte à réaliser une couverture de masses.

Nous pensons qu'une démarche en ce sens consiste au préalable à améliorer le système d'offre de soins. L'adhésion à un dispositif d'assurance est subordonnée à l'existence d'une offre disponible et de qualité, capable de satisfaire la demande solvabilisée<sup>47</sup> par l'assurance et susceptible de s'améliorer en face de celle-ci. L'effectivité d'un système de référence/contre référence, est indispensable à la maîtrise des coûts par l'assureur. Il est tout aussi important pour tout régime d'assurance, de pouvoir accéder à l'information sanitaire utile à la détermination de la fréquence et du coût des différentes pathologies. De plus, l'Etat devrait fournir aux mutuelles un cadre juridique et réglementaire propre, un cadre de contrôle et un support économique pour leur permettre au moins dans un premier temps, de devenir fonctionnelles. Au-delà de l'amélioration de l'offre, il nous est paru nécessaire, de réaliser un aménagement de synergies entre les différentes formes d'assurance du risque maladie. Une séparation de l'assurance commerciale et de la micro-assurance santé serait inopportune, celles-ci n'évoluant pas forcément dans un contexte concurrentiel. En clair, les sociétés d'assurance pourraient mettre à la disposition des mutuelles de santé leur savoir faire technique et leur expérience en matière de gestion. A cet effet, deux modalités sont possibles : un transfert pur et simple de gestion ou une réassurance des risques de gravité exceptionnelle des mutuelles auprès des sociétés d'assurance. Cette solution permettrait d'alléger la charge de gestion des mutuelles de santé, de résoudre les difficultés liées à leur taille, mais aussi et surtout de réduire le risque d'insolvabilité. En retour, les mutuelles apporteront aux sociétés d'assurance, l'avantage d'une gestion et d'une assurance de proximité, en s'érigeant en intermédiaire nécessaire pour la pénétration du secteur informel.

Si la micro-assurance santé permet d'offrir aux plus démunis un régime de protection sociale, il faut néanmoins remarquer qu'elle ne saurait prendre en charge les indigents, sa

---

<sup>47</sup> L'expression « demande solvabilisée » renvoie à la masse des assurés rendue solvable par l'assurance qui en dernier ressort supportera les frais exposés dans les termes du contrat d'assurance maladie.

garantie étant subordonnée au paiement de la cotisation par les membres. Cette charge dépasse le champ d'action des mutuelles de santé et devrait être supportée par l'Etat.

# BIBLIOGRAPHIE

## **I. OUVRAGES GENERAUX**

- Jérôme Yeatman : Manuel International de l'Assurance, ECONOMICA, 49, rue Héricart, 75015 Paris, 1998.
- Jean Perrot et Eric de Roodenbeke : La contractualisation dans les systèmes de santé, Editions KARTHALA, boulevard Arago, 75013 Paris, 2005.
- Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : Synthèse des travaux de recherche dans 11 pays, La concertation sur les mutuelles de santé en Afrique, octobre 2004.
- Guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique, Bureau International du Travail, 2002.
- Maria-Pia WAELKENS et Bart CRIEL : Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne, HNP, mars 2004.
- Déo Ntima NIYONKURU : Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre, Concertation entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique, SAILD, octobre 2003.

## **II. CODES DE LOIS**

- Code des assurances des Etats membres de la CIMA.

## **III. COURS**

- Cours d'introduction à l'assurance, (Cycle DESS-A), Ibrahim M. KEITA, IIA 2004-2006
- Risques divers, (Cycle DESS-A), Basile NDOBO, IIA 2004-2006.
- Marketing en assurance, (Cycle DESS-A), Mourard ZOURDANI, IIA 2004-2006.

#### **IV. MEMOIRE**

- Daniel Honoré YOMBO : La distribution de l'assurance santé par l'intermédiaire du courtage, mémoire de fin d'études supérieures spécialisées en Assurance (DESS-A), IIA 16<sup>ème</sup> promotion, 2002-2004.

#### **V. REVUES ET ARTICLES**

- Législation sur les mutuelles de santé : un engagement sous-régional, Courrier de la Concertation, N°16, décembre 2005.
- Comprendre la notion de cotisation pour mieux gérer la contribution des membres, Courrier de la Concertation, N°14, mars 2005.
- « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan de développement sanitaire », Le bulletin de l'APAD, N°21, 01 mars 2006.

## TABLE DES MATIERES

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS .....	II
TABLE DES ABREVIATIONS.....	III
SOMMAIRE .....	IV
RESUME.....	IV
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCTION.....	1
<u>PREMIERE PARTIE</u>	
LE CONTEXTE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN.....	4
CHAPITRE 1. L'ANALYSE DU SECTEUR SANITAIRE .....	6
Section 1. Aperçu de l'offre et de la demande de soins.....	6
I/. L'offre de soins.....	6
A. Le système d'offre de soins.....	7
B. Les moyens de l'offre de soins .....	8
II/. La demande de soins.....	10
A. Les traits caractéristiques de la demande .....	10
B. L'accessibilité aux soins de la demande .....	11
Section 2. Les dépenses de santé de l'Etat.....	12
I/. Le budget national affecté aux dépenses de santé .....	12
A. Evolution du budget national pour la santé .....	12
B. Répartition du budget alloué à la santé.....	13
II/. L'aide des bailleurs de fonds internationaux .....	13
A. Le volume de l'aide internationale .....	14
B. La coordination de l'aide internationale .....	14
Section 1. Le volume des dépenses de santé des ménages.....	16
I/. L'implication des ménages dans les dépenses globales de santé.....	16
II/. L'origine des ressources de santé des ménages.....	17
Section 2. La destination des dépenses de santé des ménages .....	18
I/. Les dépenses de santé des ménages dans les secteurs formel et informel .....	18
A. Les dépenses de santé des ménages dans le secteur informel .....	18

B. Les dépenses de santé des ménages dans le secteur formel.....	19
II/. L'incidence des dépenses de santé des ménages sur la santé des individus.....	20

DEUXIEME PARTIE :

CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE PRIVEE A L'ACCES AUX SOINS DE SANTE AU CAMEROUN .....	22
--	----

CHAPITRE 1. L'ASSURANCE DU RISQUE MALADIE .....	24
---	----

Section 1. Les mécanismes de l'assurance maladie .....	25
I/. Les mécanismes techniques de l'assurance maladie.....	25
A. La mutualisation du risque maladie.....	25
B. La prise en charge du risque maladie .....	26
II. Les mécanismes commerciaux de l'assurance maladie.....	27
A. La souscription de l'assurance maladie.....	27
B. Le marketing de l'assurance maladie .....	29
Section 2. Les formes d'assurance privée du risque maladie.....	31
I/. L'assurance maladie privée commerciale.....	31
A. Les modalités d'amélioration de l'accès aux soins .....	31
B. L'incidence de l'assurance maladie privée sur l'accès aux soins de santé des individus .....	33
II. L'assurance maladie privée à but non lucratif : les mutuelles de santé.....	34
A. La mise en place des mutuelles de santé .....	34
B. L'incidence des mutuelles de santé sur l'accessibilité financière aux soins .....	36

CHAPITRE 2. PROPOSITIONS DE DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.....	38
---	----

Section 1. Conditions nécessaires au développement de l'assurance maladie privée.....	38
I/. L'amélioration du système d'offre de soins.....	39
A. La qualité de l'offre de soins.....	39
B. L'effectivité d'un système de référence .....	40
C. Le système d'information sanitaire .....	41
II/. L'appui de l'Etat aux mutuelles de santé.....	42
A. La définition d'un cadre législatif et réglementaire .....	42
B. L'apport économique de l'Etat dans la mise en place des mutuelles de santé ..	43
C. Le contrôle de tutelle des mutuelles de santé .....	44
Section 2. L'aménagement de synergies entre différentes formes d'assurance maladie privée.....	44
I/. L'offre de renforcement des capacités des mutuelles de santé .....	45
A. Le transfert de gestion pure et simple aux sociétés d'assurance .....	45
B. La réassurance des mutuelles de santé.....	46
II/. L'apport aux sociétés d'assurance de la proximité avec les masses.....	48
A. L'assurance de proximité via les mutuelles de santé.....	48

B. La gestion de proximité .....	49
CONCLUSION GENERALE .....	50
BIBLIOGRAPHIE .....	VII
TABLE DES MATIERES .....	IX