

## **Promotion des mutuelles de santé à base communautaire et couverture du risque maladie dans le secteur informel au Cameroun : Enjeux et défis.**

François Colin Nkoa<sup>1</sup> , Université de Yaounde II, et Pierre Ongolo Zogo<sup>2</sup>, Université de Yaoundé I/

### **Résumé.**

Malgré les efforts de promotion des mutuelles de santé depuis une décennie et l'existence d'une vingtaine de compagnies privées proposant des polices d'assurance maladie, moins de 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture maladie. Les facteurs sous jacents sont entre autres : (i) la méfiance des ménages vis-à-vis des mutuelles de santé et des assureurs privés; (ii) l'absence d'obligation d'une assurance maladie qui en fait un produit de luxe ; (iii) l'ignorance des avantages des mécanismes assurantiels; (iv) la pauvreté et le montant élevé des primes d'adhésion et des cotisations annuelles ; et (v) la forte prévalence de l'emploi dans le secteur informel (80,6%). Pour y faire face nous proposons de : 1) Créer et pérenniser un environnement favorable à la promotion et au développement des MS ; 2) Subventionner les primes par le Gouvernement, les Partenaires et les Municipalités pour en réduire le prix d'achat ; 3) Instituer une collecte flexible des primes et établir un dispositif attractif de mutualisation du risque et des procédures d'achat qui inspirent confiance aux usagers et aux prestataires des soins.

**Mots clés:** Mutuelle de santé; accès aux soins de santé; Cameroun, secteur informel.

**JEL:** I18; O17; O55

## **Promotion of mutual community-based health and health protection in the informal sector in Cameroon: Issues and Challenges.**

### **Abstract**

Despite efforts to promote Community Based Health Insurance for a decade and the existence of twenty private companies offering health insurance policies, less than 1% of the Cameroonian population has health coverage. The underlying factors include: (i) household mistrust vis-à-vis mutual and private health insurers, (ii) the absence of compulsory health insurance (iii) lack of mechanisms benefits insurance-(iv) poverty and the high amount of premium membership and annual fees, and (v) the high prevalence of employment in the informal sector (80.6%). To cope we propose to: 1) Create and maintain an environment conducive to the promotion and development of MS environment 2) Subsidize premiums by the Government, partners and municipalities to reduce the purchase price, 3) establish a flexible collection of premiums and establish an attractive device risk pooling and purchasing procedures that inspire confidence to users and providers of care.

**Key words:** Community Based Health Insurance; access to health care, Cameroun, informal sector

---

<sup>1</sup> fcnkoa@yahoo.com, Faculté des Sciences Economiques et de Gestion, BP 1365 Yaoundé et Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), Av H. Dunant-Messa Yaoundé 2, BP 87 Yaoundé.

<sup>2</sup> Pc.ongolo@gmail.com, Faculté de Médecines et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I et Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), Av H. Dunant-Messa Yaoundé 2, BP 87 Yaoundé.

Avec l'initiative de Bamako, le recouvrement des coûts est devenu un des axes prédominants de la participation communautaire à la gestion et la pérennité du système national de santé. L'estimation globale des dépenses avoisine 600 milliards FCFA en 2007 contre 403 milliards en 2001 et les  $\frac{3}{4}$  des dépenses le sont pour l'achat de médicaments et des examens complémentaires. Les paiements directs dans les formations sanitaires publiques entraînent de nombreux effets pervers notamment les dessous de table, les dépenses catastrophiques en cas de maladie et l'exclusion des ménages d'un accès en temps opportun aux soins de santé dont ils ont besoin.

En raison des contraintes macro économiques, les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI), dont le Cameroun, se trouvent contraints d'explorer le développement des systèmes d'assurance maladie privée et communautaire afin de (1) mobiliser des fonds additionnels pour le secteur sanitaire; (2) réduire la proportion des dépenses catastrophiques liées aux problèmes de santé; (3) améliorer l'accès des pauvres aux services de santé et réduire les inégalités en matière d'accès aux soins.

Le Cameroun est ainsi engagé dans un processus de réforme du financement de son secteur santé depuis l'adoption de sa stratégie sectorielle 2001-2010. Aux termes de cette stratégie, en raison de la forte prévalence du travail dans le secteur informel, le partage du risque maladie devrait se construire sur les organismes de micro finance et d'associations de solidarité communautaire. Un document stratégique de promotion des Mutuelles de Santé (MS) a été élaboré et une Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) mise en place au ministère de la santé (Minsanté). La dernière estimation en 2007 fait état d'environ 120 MS fonctionnelles et d'un taux de pénétration inférieur à 1% de la population générale.

En 2006, dans le cadre de la politique nationale de promotion de la sécurité sociale, l'engagement gouvernemental à promouvoir les MS a été réitéré et malgré cela, les familles demeurent réticentes à souscrire une police d'assurance maladie dans les MS. Les principales MS fonctionnelles sont celles sur base professionnelle et celles soutenues par les municipalités. Les raisons de la faible adhésion aux MS sont multiples. Elles sont d'ordre individuel, communautaire, organisationnel et fonctionnel.

Au moment où la réflexion nationale sur le développement d'un système de sécurité sociale se poursuit, la faible performance des MS déjà créées peut susciter des interrogations sur la pertinence de ce mécanisme de financement de la santé au Cameroun.

Cet article vise à analyser en profondeur les enjeux et les défis du financement de la santé par les MS à base communautaire au Cameroun où 90% de la population active travaille dans le secteur informel (Chauvin 2012) et 40% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (MINEPAT 2009).

Pour ce faire nous avons mené une revue des documents de stratégies, des rapports d'évaluation de la stratégie sectorielle santé, des rapports statistiques sur le financement de la santé, le document de stratégie de promotion des MS ainsi que de la littérature scientifique publiée en français et en anglais sur les options de financement de la santé dans les PRFI, les MS dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI) en général et particulièrement en Afrique avec pour objectif d'identifier les déterminants de l'adhésion, les déterminants de la performance et les bonnes pratiques documentées ayant permis aux MS d'atteindre leur objectif principal. Les revues systématiques et méta analyses sur les effets des interventions relatives au financement de la santé et la promotion de l'assurance maladie volontaire dans les PRFI ont été recherchées de manière prioritaire.

## **1. Cadre institutionnel et enjeux de la promotion des MS au Cameroun**

L'engagement du gouvernement du Cameroun à promouvoir les MS s'est traduit par l'élaboration d'un cadre institutionnel en vue d'atteindre cet objectif.

### **1.1. Cadre institutionnel et acteurs de la promotion des MS au Cameroun**

Après avoir analysé les grands axes et les acteurs de la politique de promotion des MS au Cameroun, nous allons passer en revue les différentes formes de MS qui peuvent être mises en place.

#### ***1.1.1. Grands axes et acteurs de la politique de promotion des MS***

Le Gouvernement promeut les MS sur base communautaire au niveau des districts de santé avec pour finalités une plus grande équité et une amélioration de l'accessibilité financière des soins de santé. La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) élaborée dans le cadre de la politique nationale de réduction de la pauvreté en 2001 s'était fixée pour objectif d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé en 2010 et de parvenir à une couverture démographique d'au moins 40% en 2010. Une Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) a été créée au Ministère de la Santé Publique et un Comité de pilotage chargé de la réforme de la sécurité sociale fonctionne sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. La CAMS est chargée entre autres d'élaborer un code de la

mutualité, de définir la stratégie d'appui aux mutuelles de santé, de former et appuyer les promoteurs pour la mise en place des MS, de constituer et maintenir une base de données géographique sur les MS et d'appuyer les MS dans la rédaction et la négociation des conventions de partenariat avec les formations sanitaires.

L'évaluation à mi parcours en 2005 de la mise oeuvre du plan stratégique national de promotion des MS a révélé certains des problèmes rencontrés par les premières MS. A cette date, seules quelques expériences pilotes avaient été réalisées et on dénombrait l'existence d'une soixantaine de mutuelles créées ce qui représente moins de 1% de la population couverte (Minsanté 2005). Au terme de cette évaluation, les objectifs initiaux ont été revus et réajustés ainsi qu'il suit : (1) faire couvrir au moins 40% des populations par des MS d'ici fin 2015 ; (2) amener les communautés à créer au moins une MS dans chaque district de santé d'ici 2015 en assurant la promotion et le développement des MS dans chaque district ; (3) mettre en place un système pour le financement et la gestion de la prise en charge des personnes indigentes ; (4) garantir un paquet minimum de soins essentiels d'accès universel.

Les acteurs du financement de la santé au Cameroun sont l'Etat, les ONG, les communautés, les partenaires au développement. Ceux ayant intérêt dans le développement des mutuelles sont particulièrement, l'Etat, les Communautés... et les collectivités territoriales décentralisées, les établissements de micro finance ; les partenaires techniques et financiers au développement. La majorité des MS fonctionnelles se sont créées sous l'impulsion de différents promoteurs et bailleurs de fonds nationaux et internationaux dont la coopération allemande à travers la GTZ ; la coopération belge, le SAILD (Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement) et la Banque Africaine de Développement (BAD). La GTZ intervient essentiellement dans les régions Nord Ouest, Sud Ouest et Littoral ; La Coopération Belge est présente dans la région Extrême Nord et le SAILD dans les régions Extrême Nord, Nord Ouest et Ouest. La BAD a initié en 2006 des études pour mettre en place des MS dans 11 districts de santé des provinces du Sud et du Centre. L'inventaire des MS conduit par la GTZ en 2006 fait apparaître l'existence de 101 MS dont 79 de type communautaire, 11 de type assurance privée et 11 de type corporatiste avec une grande disparité de la répartition géographique. Les régions Littoral, Centre et Ouest concentrent 76 MS, l'Extrême Nord et le Nord-Ouest suivent avec 19 MS.

### ***1.1.2. Objectifs et typologie des MS***

Les MS sont des organisations d'essence communautaire ayant pour objectif de fournir une assurance maladie volontaire. Elles sont bâties sur les valeurs de gouvernance démocratique, d'autonomie et de liberté, d'épanouissement de la personne, de non-lucrativité, de solidarité et de responsabilité dans la gestion. En levant les barrières financières et géographiques, la finalité des MS est de faciliter l'accès aux soins de santé de qualité aux membres et à leurs ayant droits.

La MS est créée et contrôlée par les membres bénéficiaires eux-mêmes qui choisissent leurs dirigeants et gestionnaires, supportant par conséquent les risques financiers ce d'autant plus que les ressources de la MS sont presque exclusivement composées des droits d'adhésion et des primes. Typiquement la MS et un ou plusieurs prestataires de soins de santé négocient les termes d'un contrat d'échange de services de soins au profit des membres et ayant-droits. L'implantation au sein d'un district de santé, unité opérationnelle du système de santé, est perçue comme facteur facilitant la gestion et l'appropriation par les populations et les prestataires de soins.

Les MS sont caractérisées par leur taille, leur organisation, leur promoteur, leurs objectifs et structure de management. Plusieurs types de MS sont identifiés et classés empiriquement selon la nature du groupe promoteur (clan, ethnie, mouvement social et/ou associatif), la localisation géographique (territoire, profession, entreprise, syndicat), la nature des risques couverts (maladies peu fréquentes et coûteuses, maladies très fréquentes et peu coûteuses), les modes de contribution (système avec subvention directe du gouvernement aux individus, système de soins de santé coopératif à l'échelle des villages et des districts, système financé par un tiers au profit de la communauté, système d'abonnement prépayé auprès de prestataires, système de coopératives de consommateurs et de prestataires à l'instar des Grameen Bank agissant à la fois comme assureur et prestataire de soins dans une circonscription donnée). Waelkens et Criel (2004) distinguent six types de MS : 1) les mutuelles communautaires constituées sur base géographique et gérées par les membres; 2) les systèmes initiés par le prestataire ; 3) les mutuelles corporatistes ou professionnelles ; 4) les mutuelles sur une appartenance ethnique ; 5) les mutuelles initiées par les acteurs du secteur informel sur une base professionnelle ; 6) les systèmes fédérant les groupements existants plutôt que pour des ménages individuels. Se fondant sur un inventaire de 913 MS en Afrique subsaharienne, les mêmes auteurs constatent que le plus grand nombre d'initiatives sont de type

communautaire couvrant une région géographique (un village, un quartier, une ville) suivi des MS de type « corporatiste » des travailleurs salariés, le plus souvent des agents du secteur public.

## 1.2. Les enjeux de la politique de promotion des MS

Les principaux enjeux des MS résident dans les effets positifs qui leur sont associés (Preker & al 2002, Ekman 2004, Carrin & al 2005). Selon Ekman (2004), les MS améliorent l'accès financier aux soins de santé et protègent contre les dépenses catastrophiques de santé parce que les membres utilisent plus souvent les services que les non membres et que les malades consultent précocement et en temps opportun avant que la maladie ne s'aggrave.

### 1.2.1. Réduction des paiements directs et protection des revenus des ménages

En 2009, la dépense totale de santé au Cameroun était estimée à plus de 680 milliards de FCFA dont plus de 75% supportée par les ménages. Près de 95% de cette somme sont déboursés, sous forme de paiements directs (PD) au point de délivrance des soins lors de la survenue d'une épisode de maladie (OMS, 2009, 2010). Ces contributions au point de délivrance représentaient 94,6% de la dépense totale de santé des ménages estimée à environ 556 milliards. En comparaison, l'Etat a dépensé 86,7 milliards et les partenaires extérieurs 37,4 milliards (INS, 2010).

Cette situation est due en grande partie à la faible couverture des populations par des mécanismes de prépaiements des soins de type assurantiels. En Afrique sub saharienne, la performance du Cameroun en matière de couverture du risque maladie est l'une des plus médiocres. Le Gabon et le Cap Vert couvrent plus de la moitié de leur population et des pays avec une dépense totale de santé inférieure au Cameroun (Sénégal, Tanzanie, Côte d'Ivoire, RCA) ont des taux de couverture entre 50 et 145 fois plus élevés (tableau).

**Tableau :** Analyse comparée des dimensions de la couverture maladie en Afrique.

Pays	Couverture (%)	DTS par habitant (\$)	% DTS sous forme PDM
Cap Vert	65	278	18,4
Gabon	55	252	21,3
Kenya	25	105	41,4
Ghana	18,7	100	50
Tanzanie	14,5	45	34
Sénégal	11,7	72	61,9
RCA	6	55	61,4
Côte d'Ivoire	5	66	67,6
Cameroun	0,1	80	68,2

Source: (ILO 2010) . DTS= Dépense Totale de Santé, PDM= Paiement Direct Monétaire

Les PD rendent aussi la dépense de santé inefficace au Cameroun (Banque Mondiale 2006) puisque certains pays avec une dépense identique ou inférieure réalisent de meilleurs résultats en termes de santé de la population. La mauvaise gouvernance, le sous financement et l'utilisation irrationnelle des médicaments et de la technologie médicale en sont les principales raisons (Banque Mondiale, 2006).

En outre, une bonne partie des dépenses de santé par les ménages s'effectue dans l'informel (stocks parallèles de médicaments dans les formations sanitaires, paiements directs aux praticiens, achat des médicaments et soins dans les structures sanitaires illicites ...) en raison de l'inaccessibilité financière aux soins dans les hôpitaux.

Les populations consultées lors de l'élaboration du document de stratégie pour la croissance et l'emploi et lors de la dernière enquête de satisfaction des usagers des services publics se plaignent de l'inaccessibilité des médicaments et des plateaux techniques des hôpitaux (INS, 2010 ; Minepat, 2010).

Un autre enjeu de la politique de promotion des MS consiste à accroître l'accès aux soins de santé. La structure des dépenses de santé curative révèle que l'achat de médicaments représente 81% contre 14% pour la consultation, les soins et l'hospitalisation, les dépenses de transport ne représentant que 3%. En 2006, la dépense moyenne mensuelle de santé curative par personne était estimée à 1 454 FCFA [1 671 FCFA chez les femmes – 1 222 FCFA chez les hommes ; 1 948 FCFA en milieu urbain contre 971 FCFA en milieu rural].

### ***1.2.2. Réduction des barrières financières et amélioration de l'accès aux soins de santé***

Une revue systématique (McIntyre & al 2006) et des études de cas dans divers contextes confirment que les PD ont des conséquences sur l'accès des ménages aux services de santé, leur état de santé des populations et leur niveau de vie et la cohésion sociale. De manière plus précise, les PD entraînent : (i) les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des populations (Lagarde & Palmer, 2006 ; Leive & Xu, 2008 ; OMS, 2004 ; Carrin, Mathauer, & Evans, 2008), (ii) les inégalités d'accès aux soins en raison des barrières financières (Garrett L. , 2005 ; Obaid, 2009 ; Carrin, Mathauer, & Evans, 2008 ; INS, 2010) et (iii) le développement d'un marché informel des services de santé et de la corruption (Minepat, 2010 ; Minsanté, 2009 ; CONAC, 2011).

Selon les dernières estimations, 40% environ de la population camerounaise vit en dessous du seuil de pauvreté, 55% en milieu rural et 12% en milieu urbain (INS, 2007). Le revenu minimum journalier estimé pour vivre décemment est estimé à 750 FCFA par le PNUD et la dépense moyenne pour une consultation médicale en milieu urbain est de 1849 FCFA et 850 FCFA en zone rurale. (INS, 2010). La prise en compte des dépenses pour médicaments et consommables médicaux, examens de laboratoire ou d'imagerie et transport accroît rapidement la dépense qui devient insupportable pour de nombreux patients. Les paiements directs constituent ainsi une barrière à l'accès aux soins pour de nombreux ménages aggravant de fait les inégalités entre riches et pauvres, entre urbains et ruraux, entre régions septentrionales et méridionales en cohérence avec le gradient de la pauvreté monétaire. Ces gradients se traduisent dans le profil des indicateurs de santé populationnelle et l'explosion de l'offre informelle de services et soins de santé. Le recours aux structures informelles est en constante hausse 24,5% en 2001 et 29,7% en 2007. (Minepat, 2010) La multiplication des GIC/ONG de santé et des vendeurs ambulants de médicaments nourrit ainsi 18,4% des consultations. Les ménages confrontés aux dépenses de santé, optent pour le recours aux structures de soins de proximité qu'ils considèrent à tort moins onéreuses mais qui leur permettent un paiement aménagé. Ce recours est surtout le fait des ménages les plus pauvres.

L'enquête EDS-MICS illustre certains des effets sur le recours aux soins : seulement 30% des enfants avec une infection respiratoire aiguë lors des deux semaines précédant l'enquête ont consulté un professionnel de santé, les enfants en milieu urbain ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (36 % contre 26 %) ; seulement 27% des enfants avec une fièvre ont consulté un professionnel de santé 22% en milieu rural, 15% dans le Nord, 13% dans l'Extrême-Nord ; 23% des enfants avec une diarrhée ont eu recours à un personnel de santé 29 % en milieu urbain et 19 % en milieu rural. Lorsque l'on sait que ces trois situations constituent les principales causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Cameroun, l'on comprend aisément pourquoi les figures de la mortalité infantile 62 ‰, de mortalité juvénile 63‰ et de mortalité infanto-juvénile à 122 ‰ ne changent pas malgré la modicité du prix des médicaments pour traiter ces trois maladies dans les formations sanitaires publiques avec la lourde subvention publique (INS, 2011).

## **2. Les défis de l'accélération de l'adhésion aux MS au Cameroun**

Malgré la volonté exprimée par le gouvernement à soutenir la demande de soins et à promouvoir les mécanismes d'assurance maladie, dont les MS, depuis près de deux décennies, le taux d'adhésion dans les MS demeure insignifiant. De nombreuses contraintes d'ordre économique, institutionnel et culturel doivent au préalable être levées.

Après avoir passé en revue les différents déterminants théoriques de l'adhésion des ménages aux mécanismes d'assurance maladie, nous allons proposer quelques stratégies pour favoriser la promotion des MS au Cameroun.

### **2.1. Les déterminants théoriques de l'adhésion aux mécanismes assurantiels d'assurance maladie**

Plusieurs théories tentent d'expliquer la prise de décision individuelle ou familiale de s'assurer contre le risque maladie quelque soit le système d'assurance choisi (Schneider 2004). Les déterminants de la décision tiennent à la fois aux usagers, aux prestataires de soins, aux prestataires de l'assurance et au contexte socio-économique et culturel.

#### ***2.1.1. Les déterminants d'ordre économique et financier***

À l'échelle individuelle des usagers et prestataires de soins, les facteurs en jeu sont d'ordre économique, financier, cognitif et socioculturel. La capacité de l'individu ou du ménage à s'acquitter du droit d'adhésion et des primes constitue un pré requis. Dans un environnement marqué par un niveau de pauvreté

monétaire élevé, la capacité financière des individus constitue un frein indéniable à l'adhésion quelque soit les montants des cotisations et primes à payer.

La souscription à une assurance maladie est typiquement en compétition avec les autres biens de consommation courante (alimentation, habillement, logement, scolarisation des enfants et transport). La pauvreté monétaire peut cependant engendrer des comportements « inattendus » et/ou atypiques du fait de la méconnaissance et de la mauvaise compréhension du système d'assurance maladie en général et du système des MS en particulier. Le faible niveau des revenus des individus et l'incertitude entourant leur futur état de santé – la probabilité de tomber malade étant inconnue et plus ou moins forte – la demande d'assurance s'apparente, pour les individus pauvres à un choix entre une perte immédiate encourue en s'acquittant des frais d'adhésion à une MS et une perte éventuelle et incertaine qu'il subirait en cas de maladie s'il n'est pas assuré.

L'incertitude sur la probabilité de survenue de la maladie affecte ainsi la décision des individus à adhérer ou non à une MS lorsque les contraintes de revenus sont fortes. Les besoins de consommation immédiats et impondérables conduisent les individus à sacrifier la protection contre le risque maladie. Tout se passe comme si les individus pauvres effectuaient un arbitrage entre les pertes financières immédiates et les gains futurs espérés mais incertains en cas de maladie dans le futur.

L'existence de systèmes informels alternatifs de protection contre les risques financiers affecte également la décision d'adhésion ou non à une MS. En effet, la prépondérance de l'activité dans le secteur informel et les mécanismes traditionnels de solidarité familiale, de crédit et d'épargne peuvent constituer des barrières culturelles à l'adhésion aux MS. Le système de croyances et les normes sociales en vigueur influencent également la perception des gains potentiels espérés de l'adhésion à une MS. De manière empirique, l'évaluation des gains et pertes potentiels d'une assurance maladie est corrélée au statut socio économique des individus, certains individus pauvres tendent à estimer que les pertes encourues en cas de maladie sont faibles en comparaison au coût de l'adhésion parce qu'en cas de maladie, elles peuvent facilement recourir au tradipraticien et/ou à l'automédication dans les « pharmacies du trottoir » à un coût jugé « insignifiant ». A l'inverse, les individus plus riches peuvent estimer que les gains espérés de l'adhésion à une MS ne sont pas suffisamment attractifs en cas de survenue d'une maladie et choisir ainsi de ne pas adhérer à la MS.

L'attraction de la nouveauté et les gains potentiels perçus dans un contexte de pauvreté influencent également l'adhésion. De manière quasi universelle, les gains perçus de l'acquisition de la nouveauté sont généralement plus faibles que les coûts du renoncement à une situation familière et courante. Les patients préfèrent par exemple plus souvent le *statu quo* à l'adoption d'une nouvelle procédure médicale. Le *statu quo* est d'autant plus préférable que de nombreux choix alternatifs existent. Les populations pauvres vont adhérer à une MS si les gains perçus de ce nouveau mode de financement de la santé sont jugés supérieur au coût de non adhésion.

### **2.1.2. Les déterminants sociopolitiques et culturels**

L'environnement sociopolitique, en ce qu'il peut favoriser ou non la méfiance ou la confiance des populations vis-à-vis des institutions formelles en général et de santé en particulier, va également influencer sur la décision d'adhésion aux MS.

La confiance de la population à l'endroit des promoteurs apparaît aussi à certains égards comme l'un des principaux facteurs explicatifs du faible taux d'adhésion aux MS. La population ici distingue deux dimensions, la capacité et la transparence de la gestion du système d'une part et la capacité du système à atteindre ses objectifs. La confiance dans la gestion du système est corrélée à la compétence et l'intégrité des gestionnaires ; nombre d'initiatives échouent à cause des problèmes de corruption et du sentiment exprimé ou perçu d'une situation de non droit.

La culture de solidarité et la capacité des populations à s'organiser constituent des déterminants majeurs de l'adhésion aux MS. Dans la plupart des expériences de MS, une taille critique minimale, en termes de pourcentage de la population ou de nombre de familles est exigée pour la constitution d'une MS communautaire. Dans les localités où les populations ne peuvent pas s'organiser en communauté, l'émergence des MS sera difficile.

L'absence d'un cadre réglementaire adéquat de promotion des MS au niveau national et local est un obstacle à l'adhésion dans les MS. Dans les pays comme le Rwanda ayant réussi des performances remarquables en termes de couverture par les MS, l'implication des pouvoirs publics a été déterminante pour créer les conditions politiques idoines adaptées au contexte socio politique et culturel ainsi que la mise en place de mesures spécifiques pour faciliter l'adhésion des couches les plus pauvres.

Le manque d'intérêt pour les MS, la méconnaissance des avantages des MS et la réticence des prestataires de soins limitent l'expansion des MS notamment en raison des répercussions sur la perception de la qualité des soins et la satisfaction des usagers. L'influence de la qualité des soins est ambivalente, la qualité perçue des soins peut être un facteur important et une condition fondamentale de succès des MS en même temps que les MS peuvent être facteur d'amélioration de la qualité des soins. Si les adhérents potentiels jugent insuffisante la qualité des soins et ne sont pas convaincus que le système de mutualisation des risques maladie peut y remédier, le taux d'adhésion restera faible.

D'une manière générale, les déterminants de l'adhésion à une MS sont d'ordres affectifs, cognitifs et économiques. Il s'agit notamment de la connaissance par les parties intéressées de l'existence et des avantages de la MS, de la confiance vis-à-vis des promoteurs, du contenu et de la qualité du paquet service de santé offert et de la capacité financière des populations cibles à payer les droits d'adhésion et primes.

### 2.2.2. Options stratégiques pour l'amélioration des taux d'adhésion dans les MS au Cameroun

Six principales stratégies sont documentées aussi bien dans les pays riches que les PRFI pour accroître l'enrôlement dans des systèmes d'assurance maladie (Meng & al 2011 ; Preker & al 2002 ; Lagarde & Palmer 2006). Il s'agit de 1) la modification des critères d'éligibilité à travers lois et règlements, 2) l'information, éducation et communication sur les offres d'assurance ainsi que leurs avantages à travers des campagnes médiatiques de masse ou alors ciblées, 3) l'amélioration de l'accessibilité financière des primes à travers des subventions directes ou indirectes et des primes différenciées selon le niveau de revenus, 4) la modification des procédures d'enrôlement soit en les simplifiant soit en changeant l'unité couverte soit en rendant flexible la collecte des primes selon la saisonnalité des revenus des membres, 5) l'amélioration de l'organisation et de la prestation des soins et services à travers la révision du paquet de soins, la maîtrise des coûts et prix d'achat des soins mais aussi la démarche qualité prenant en compte la satisfaction des usagers, 6) l'amélioration de la gestion et de l'organisation des services d'assurance grâce notamment à l'optimisation du système d'information, le renforcement et le développement des capacités des personnels ainsi que la promotion de mécanismes de gouvernance participative. Améliorer les taux d'adhésion dans le contexte Camerounais exige la mise en place de mécanismes proactifs dirigés vers les potentiels bénéficiaires et les prestataires de soins et qui répondent aux principales barrières identifiées. Ces options ne sont pas exclusives mais souvent complémentaires. Elles concernent des dispositions réglementaires et de gouvernance, des dispositions financières et des dispositions de prestations de services.

#### ***2.2.2.1. Création et pérennisation d'un environnement favorable à la promotion et au développement des MS***

L'engagement de l'Etat, des municipalités et des services de santé au niveau du District dans la promotion et l'encadrement du mouvement mutualiste ; la réduction des possibilités de paiements directs ; la création des conditions d'une gouvernance optimale et transparente des MS à travers le renforcement du système d'information sanitaire: il s'agit ici d'utiliser un système d'information approprié pour mesurer la population cible, l'adhésion et la gestion du risque, la formation des cadres dirigeants des MS, le développement de normes et procédures applicables aux MS, la définition de normes et standards de procédures des soins, la standardisation des mécanismes d'achat des soins et de rétribution des prestataires.

Les stratégies liées à cette options sont les suivantes: Fonder les MS sur les ONG, GIC, associations, institutions de micro finance déjà existantes ainsi que les municipalités pour promouvoir l'assurance santé volontaire; reformer la gestion hospitalière pour améliorer la qualité des soins et la gouvernance ; interdire les paiements directs dans les formations sanitaires; légiférer et réglementer sur le MS; fournir un soutien technique à la mise en place des fédérations de MS pour en accroître la capacité de négociation et d'achat des soins au niveau du district de santé.

#### ***2.2.2.2. Subvention des primes par le Gouvernement, les Partenaires et les Municipalités pour en réduire le prix d'achat.***

Face à la pauvreté, le calcul du montant des primes et la détermination du paquet de service couvert devrait s'effectuer de manière à permettre à la majorité de la population d'adhérer et de cotiser régulièrement. La subvention des cotisations des populations les plus défavorisées apparaît comme une stratégie permettant d'accroître les taux d'adhésion. Ces subventions peuvent être payées par le

Gouvernement, les municipalités et les partenaires au développement sanitaire et social au profit de certaines catégories vulnérables.

Pour la mise en place de cette option les stratégies suivantes sont recommandées: La mise en place d'un partenariat entre le Gouvernement et ses PTF pour subventionner les MS, implication des municipalités pour subventionner les primes pour les indigents, développer les Normes et Standards pour améliorer la qualité des soins, Mise en oeuvre stricte de la Politique Nationale du Médicament pour maîtriser les coûts des médicaments et technologies sanitaires.

### **2.2.2.3. Institution d'une collecte flexible des primes et établissement d'un dispositif attractif de mutualisation du risque et des procédures d'achat qui inspirent confiance aux usagers et aux prestataires des soins.**

L'organisation de mutuelles au niveau du District de Santé, la détermination du paquet service en fonction des problèmes de santé, la collecte des revenus en fonction des conditions socio-économiques locales. Information éducation et communication sur les MS, Améliorer la qualité des services pour intéresser plus de personnes aux MS. Les populations doivent être informées de l'existence et des objectifs des MS pour accroître les taux d'adhésion. La mise en place de cette option nécessite l'adoption des stratégies suivantes: l'élaboration participative du paquet service couvert, l'existence de mécanismes de paiements des primes adaptées à l'activité économique (secteur rural et informel) ; la promotion de la qualité des soins ; la rationalisation des coûts de production des soins.

## **Bibliographie**

- Banque Mondiale. (2006). *Analyse de la situation du secteur de la santé au Cameroun*. Washington: World Bank.
- Carrin, G., Waelkens, M., & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10 (8), 799–811.
- CONAC. (2011). *Rapport sur la corruption au Cameroun*. Yaoundé: Commission Nationale Anticorruption.
- Ekman, B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19: 249-270.
- Garrett, L. (2005). *HIV and National Security: where are the links?* New York: Council on Foreign Relations.
- ILO-Social Security Department. (2010). *World social security report 2010/11: Providing coverage in time of crisis and beyond*. Geneva: International Labour Office.
- INS. (2011). *4ème Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 4*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- INS. (2007). *Rapport ECAM 3*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- INS. (2010). *Rapport Principal Volet Santé: Enquête PETS 2*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Leive, A., & Xu, K. (2008). Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 849–856.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in LMIC contexts? *Social Science and Medicine*, 62, 858-865.
- Meng, Q., Yuan, B., Jia, L., Wang, J., Yu, B., Gao, J., et al. (2011). Expanding Health Insurance Coverage in Vulnerable Groups: a systematic review of options. *Health Policy and Planning*, 26 (2), 93-104.
- Minepat. (2009). *Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi*. Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire, Yaoundé.
- MINSANTE (2005), *Plan stratégique pour la promotion et le développement des MS au Cameroun*.
- Obaid, T. (2009). *The global economic crisis and health: why investing in women is a smart choice*. New York: UNFPA.
- OMS. (2004). *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2009). *Comptes Nationaux de Santé*. Genève: OMS.
- OMS. (2010). *Comptes Nationaux de Santé*. Genève: OMS.
- Preker, A., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W., & Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (2).
- Schneider, P. (2004). Why should the poor insure? Theories of decision making in the context of health insurance. *Health Policy and Planning*, 19 (6), 349-355.
- Waelkens, M. P., & Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. Washington: Health Nutrition Population World Bank.