



**CENTRE AFRICAIN D'ETUDES
SUPERIEURES EN GESTION
INSTITUT SUPERIEUR DE SANTE**

Mémoire de fin de spécialisation

**DESS- ECONOMIE DE LA SANTE
6^{ème} Promotion**

THEME:

***FACTEURS DE VIABILITE DES MUTUELLES DE
SANTE AU CAMEROUN : ANALYSE DES
EXPERIENCES PILOTES DE LA COOPERATION
TECHNIQUE ALLEMANDE***

Présenté par:

CATHERINE NDIM

Sous la direction de :

Dr. MO MENA

**Directeur de l'Institut Supérieur
de Santé**



Version corrigée

2006

e@yahoo.fr

2

M0103DSES06



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Economie de la Santé

THEME :
***FACTEURS DE VIABILITE DES MUTUELLES
DE SANTE AU CAMEROUN : ANALYSE DES
EXPERIENCES PILOTES DE LA
COOPERATION TECHNIQUE ALLEMANDE***

Version corrigée

juin 2006

Catherine NDIM

cadimcathe@yahoo.fr

DEDICACES

DIEU D'AMOUR, DIEU DE MISERICORDE : QUE TON NOM SOIT LOUE !

Ce travail est dédié :
A mes enfants, Gaël, Carine, Aymeric et
Stève, pour faire autant, sinon
davantage.
A ma mère, Marie-Louise, que DIEU
prolonge tes jours sur cette terre....
A mon frangin Jean-Claude , beaucoup
de bonheur dans ta nouvelle vie.
A mon frère et ami, François Xavier :
merci pour le soutien constant .

NOS REMERCIEMENTS :

A S.E. Urbain OLANGUENA AWONO, Ministre de la Santé Publique, qui a autorisé et soutenu cette formation : Merci Excellence ;

A S.E. Henri ENGOULOU, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique de 2001 à 2003, Ministre Délégué auprès du Ministre de l'Economie et des Finances chargé du Budget : Merci Excellence.

A la Coopération française , qui a cofinancé cette formation ;

Au Docteur Andréas STADLER , Coordinateur Principal du Projet Germano-camerounais SANTE/SIDA de 1999 à 2005 , qui a autorisé l'utilisation des résultats de l'évaluation du volet « Renforcement des Capacités Communautaires » pour cette étude ;

Au Docteur Alain AHAWO KOMI , Chef du Programme « Renforcement des Capacités Communautaires » du Programme Germano-camerounais Santé/SIDA , qui a cru en ce travail et l'a soutenu ;

Au Docteur Basile KOLLO , Chef de la Division de Coopération du Ministère de la Santé Publique , pour son soutien permanent ;

Au Docteur Bruno GALLAND, du Centre International du Développement et de la Recherche , pour sa collaboration ;

A tous les responsables des mutuelles et des équipes sanitaires rencontrés, pour leur engagement et leur disponibilité ;

A notre Maître , Docteur MO MENA , Directeur de l'Institut Supérieur de la Santé du CESAG et Responsable du Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées d'Economie de la Santé , notre encadreur qui , malgré ses multiples occupations , a bien voulu suivre de bout en bout cette étude : Merci Monsieur le Directeur ;

Au Docteur Hervé LAFARGE , Enseignant Associé au CESAG et Professeur à l'Université de Paris Dauphine pour son sens d'orientation académique ;

A Monsieur Amani Koffi, Enseignant permanent à l'Institut Supérieur de la Santé , pour tous les conseils et toute l'assistance ;

A tout le Corps Enseignant de l'Institut Supérieur de la Santé, Programme DSES et à tout le personnel administratif , pour tout ce que vous avez fait pour nous ;

A mes chers condisciples de la 6^{ième} Promotion du DSES, pour tout ;

A tous ceux qui de près ou de loin ont soutenu et contribué à ce travail.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES FIGURES.....	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE	5
I. Problématique.....	5
I.1 Enoncé du problème.....	5
I.2 Importance du thème	6
Etat des connaissances.....	7
II.1 Sur la pérennité.....	7
II. 2. Sur les facteurs de viabilité d'une mutuelle de santé.....	8
II.3. Les indicateurs de performance des systèmes d'assurance.....	11
II.4. L'appui au processus de développements des mutuelles de santé.....	14
PARTIE II : CADRE OPERATIONNEL.....	17
I. Objectifs de la recherche.....	17
II. Cadre général de l'étude	17
II.1. Environnement socio économique et socio sanitaire.....	18
II.1.1. Situation géographique et démographique	18
II.1.2. Contexte économique général et indicateurs socio sanitaires.....	19
III. Situation de l'assurance maladie au Cameroun.....	26
IV. Présentation des mutuelles à l'étude	27
V. Méthodologie de la recherche.....	30
V.1. Déroulement de l'enquête.....	30
V.2 Stratégie de recherche.....	30
VI Analyse des quatre dimensions de la viabilité des mutuelles de santé.....	32
VI.1. La viabilité institutionnelle	32
VI.2. La viabilité administrative et de gestion.....	33
VI.3 La viabilité financière et économique.....	33
VI.4 La viabilité liée à l'environnement de la mutuelle.....	34
VII. Hypothèse de recherche.....	38
VIII. PRESENTATION DES RESULTATS	38
VIII.1 La viabilité administrative et de gestion des mutuelles de santé	38
VIII.2. La viabilité institutionnelle.....	50
VIII.3. La viabilité liée à l'environnement de la mutuelle.....	51
VIII.4. La viabilité financière et économique.....	52
IX. Résultats de l'Analyse en Composantes Principales (ACP).....	61
X. Commentaires et discussions	64
X.1. Limites méthodologiques	64
X.3. Commentaires et discussions liés à l' hypothèse	64
PARTIE III : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	76

Facteurs de viabilité des mutuelles de santé au Cameroun : Analyse des expériences pilotes de la coopération technique allemande	vi
CONCLUSION	77
RECOMMANDATIONS	78
Stratégie de mise en œuvre des recommandations	82

CESAG - BIBLIOTHEQUE

LISTE DES ACRONYMES

ACP	Analyse en Composantes Principales
AG	Assemblée Générale
APCAS	Association pour la Promotion du Capital Social
BBH	Baptist Bansa Hospital
BE	Bureau Exécutif
BIT	Bureau International du Travail
C2D	Contrat de Désendettement et de Développement
CA	Conseil d'Administration
CC	Comité de Contrôle
CERAM	Comité d'Experts charges de la promotion du mouvement mutualiste au Cameroun
CESAG	Centre Africain d'Etudes Supérieures d'Administration et de Gestion
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CTD	Collectivité Locale Décentralisée
DPSP	Délégation Provinciale de la Santé Publique
ECAM	Enquête Camerounaise des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FASR	Facilité d'Ajustement Structurel Renforcée
FEMEC	Fédération des Missions et Eglises Evangéliques du Cameroun
FMI	Fonds Monétaire International
FRPC	Facilité pour la Réduction de la Pauvreté et de la Croissance
FSPS	Fonds Spécial de Promotion de la Santé
GRADEMAP	Groupe Africain de Développement et Management des Projets
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HD	Hôpital de District
IEC	Information, Education , Communication
IMF	Institutions de Micro Finances
IPM	Institutions de Prévoyance Maladies
ISF	Indice Synthétique d Fécondité
MC ²	Mutuelle Communautaire de Croissance
MHO	Mutual Health Organization
MSP	Ministère de la Santé Publique
MUSANY	Mutuelle de Santé de Nylon
ND	Non Déterminé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PHR	Partnership for Health Reform
PIB	Produit Intérieur Brut
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTÉ	Pays Pauvres très Endettés
RCC	Renforcement des Capacités Communautaires
RI	Règlement Intérieur
SAILD	Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SSD	Service de Santé de District
STEP	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : CARTE GEOGRAPHIQUE DU CAMEROUN	18
FIGURE 2: DISTRIBUTION DES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES	23
FIGURE 3 : CARTOGRAPHIE DES MUTUELLES DE SANTE A L'ETUDE	29
FIGURE 4 : LE MODELE THEORIQUE DE L'ETUDE	37
FIGURE 5 : RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS ACTEURS	39
FIGURE 6 : DISTRIBUTION DES MUTUELLES SELON LE RATIO DE LIQUIDITE IMMEDIATE	54
FIGURE 7 : DISTRIBUTION DES MUTUELLES EN FONCTION DU TAUX DE SINISTRALITE	56
FIGURE 8: DISTRIBUTION DES MUTUELLES SELON LE TAUX DE FINANCEMENT PROPRE	57
FIGURE 9: DISTRIBUTION DES MUTUELLES SELON LE RATIO DE COUVERTURE DES DEPENSES	58
FIGURE 10: DISTRIBUTION DES MUTUELLES SELON LE RATIO DES FRAIS DE GESTION	58
FIGURE 11: DISTRIBUTION DES MUTUELLES EN FONCTION DU TAUX DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS	59
FIGURE 12 : DISTRIBUTION DES MUTUELLES SELON LE TAUX DE FINANCEMENT PROPRE	60
FIGURE 13: RESULTATS DE L'ACP	62
FIGURE 14: MATRICE DES CORRELATIONS	63

CESAG - BIBLIOTHEQUE

INTRODUCTION GENERALE

Les systèmes d'assurance maladie sont de plus en plus considérés comme un facteur capable de financer des mesures de santé dans les pays en développement¹. Face à la forte demande en services de santé de qualité et la sous utilisation de ces services, on a pensé qu'une assurance maladie à caractère collectif et communautaire pouvait contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins de santé de qualité acceptable.

En effet, depuis les indépendances de la plupart des pays africains, la gratuité des soins a été adoptée par la quasi-totalité des pays. La capacité à payer des populations est faible, le secteur productif formel est en gestation, une grande partie de la population rurale vit dans des circuits économiques non monétisés. La santé est alors perçue comme un bien que l'Etat se doit de préserver : c'est l'âge d'or de l'Etat- Providence.

Dès 1973, le premier choc pétrolier va créer des déséquilibres économiques dans les pays africains. Aussi, avec la détérioration des termes de l'échange, les ressources financières se feront rares avec pour conséquence, un recours massif aux emprunts : le fardeau de la dette se constitue progressivement et les secteurs les plus touchés sont les secteurs sociaux de base : la santé, l'éducation, les programmes de nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

En 1978, la Conférence d'Alma Ata fait naître le concept de soins de santé primaires avec la prise en compte des déterminants non médicaux de la santé et une approche intégrée de la prévention, de la promotion, du traitement et de la réadaptation.

En 1979 avec le deuxième choc pétrolier, les premiers plans d'ajustement structurel voient le jour en Afrique et les secteurs sociaux sont jugés non productifs et par conséquent relégués au second plan. Le secteur de la santé commence à se dégrader : pénurie des médicaments dans les hôpitaux publics, délabrement des infrastructures et équipements hospitaliers.

La décennie 80, considérée dans le secteur de la santé comme « une décennie perdue », sera marquée par une baisse des budgets alloués à la santé, au gel des recrutements du personnel ; on va s'habituer progressivement à la pénurie ; certains diront même qu'elle s'organise, en tout état de cause, on apprend à vivre avec et chacun cherche à se débrouiller².

C'est dans un contexte de dégradation de l'environnement socio-économique et de l'échec des politiques d'ajustement structurel qu'en 1987 et à l'instigation de l'OMS et de l'UNICEF, le Comité Régional de l'OMS tenu à Bamako adopte une nouvelle stratégie de financement de la santé appelée « l'Initiative de Bamako ».

L'Initiative de Bamako est axée sur :

- l'extension des soins de santé primaires ;
- la participation communautaire ;
- le recouvrement des coûts avec la disponibilité et l'accessibilité aux médicaments essentiels.

¹ WHO,2000

² J.PERROT

L'Etat –Providence va disparaître progressivement dans le secteur de la santé pour céder la place dans les années 90 à l'Etat partenaire avec le partage des charges entre l'Etat, les populations, les collectivités décentralisées et les partenaires au développement.

Dans 60% des pays en développement (dont le revenu est de moins de 1000\$US /Hab.), le paiement direct représente 40% ou plus du total des contributions³.

Les résultats sont aujourd'hui mitigés. En effet, le paiement direct a permis un meilleur accès aux services de santé là où la population a été associée efficacement et la qualité des soins s'est améliorée, avec une plus grande disponibilité des médicaments essentiels.

Malheureusement, le paiement direct a buté sur l'incapacité des populations à payer et n'a pas réussi à contenir les inégalités face à la maladie et à la mort.

Face à cette situation, la nécessité de mettre en place des systèmes de paiement par anticipation est devenue indispensable car le recouvrement des coûts s'est avéré fondamentalement inégalitaire et inadapté à la nature des besoins de santé et des soins médicaux.

L'incertitude de la survenue de la maladie, le coût d'une hospitalisation ou d'une maladie grave, plaident en faveur d'une couverture collective des dépenses de santé.

Seulement, cette thèse est confrontée à un certain nombre de contraintes socio-économiques : une faible croissance des économies, l'incapacité des Etats à prélever des impôts sur tous les revenus et activités, l'importance grandissante du secteur informel. Les conditions de développement de systèmes d'assurance maladie sociale ou privée ne sont pas réunies en Afrique Subsaharienne, le secteur formel ne représentant que 15% de la population dans les meilleurs cas.

Les systèmes de paiement anticipé semblent être une alternative pour les groupes professionnels et les communautés organisées, et peuvent corriger certains échecs du recouvrement des coûts et de l'initiative de Bamako. Le pré paiement est un mécanisme de couverture collective et d'anticipation des dépenses de santé. L'OMS, dans ses rapports de 1999 et 2000, soutient que le pré paiement constitue la meilleure forme de collecte des recettes dans le cadre d'un régime d'assurance maladie. Il est cependant à noter que le pré paiement et l'assurance ne doivent pas désengager l'Etat dans le financement et l'organisation des soins et services de santé.

Mais quel système de pré paiement pour les pays en développement ?

Des systèmes de pré paiement développés au niveau local sont proposés comme solution et bénéficient d'une attention soutenue et croissante des gouvernements et des partenaires au développement. On parlera de micro assurance, d'assurance maladie communautaire ou de mutuelle de santé selon que l'on se trouve du côté du BIT/STEP, en Afrique orientale ou en Afrique Centrale.

Les mutuelles de santé sont de création récente en Afrique subsaharienne ; les premières mutuelles de santé ont vu le jour au Sénégal dans les années 90 après les échecs des mutuelles d'entreprises dans les années 60.

Le Cameroun est au stade de démarrage de ses premières mutuelles. Mais déjà un engouement certain dans la promotion de ce mouvement se fait sentir tant du côté du gouvernement que des partenaires au développement.

C'est dans cette dynamique que la Coopération technique allemande s'est engagée dans des expériences pilotes dans les provinces du Centre, du Nord-ouest et du Littoral. Ces essais seront analysés dans le cadre de cette étude qui va s'articuler autour de trois parties : le cadre conceptuel où l'on trouve la problématique, l'analyse des quatre dimensions de viabilité, l'état de connaissances ainsi que les hypothèses de recherche (I), le cadre opérationnel qui permet de définir les objectifs, le cadre dans lequel se développent les mutuelles, la méthodologie de recherche, les variables à l'étude, une description des

³ OMS, 2000

mutuelles et les facteurs de risque pouvant compromettre leur pérennité pour pouvoir présenter les résultats , les analyser et les discuter(II), enfin, la conclusion et les recommandations(III).

Telle est la préoccupation au cours de cette étude qui s'inscrit dans le cadre de la protection maladie des populations les plus vulnérables, plus exposées à la maladie et ayant des revenus faibles.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

PARTIE I :

**CADRE CONCEPTUEL DE
L'ETUDE**

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

I. Problématique

I.1 Enoncé du problème

Le financement de la santé se fait à travers plusieurs mécanismes au niveau macroéconomique et microéconomique.

La mise en commun des expériences africaines dans l'approche résolutive des problèmes de financement de la santé a permis d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les deux dimensions actuelles du financement alternatif de la santé à savoir :

- ✓ la participation communautaire
- ✓ l'assurance maladie

La couverture du risque maladie est restée embryonnaire pendant longtemps et n'a concerné que les travailleurs du secteur privé sur la base des cotisations mensuelles à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale et de l'affiliation à l'assurance maladie privée à titre individuel .

La promotion des mutuelles de santé au Cameroun va connaître une forte accélération ces prochaines années par conjugaison de facteurs multiples.

Depuis quelques années en effet , une volonté politique forte se développe au Cameroun dans le domaine de la protection sociale .

Déjà au Sommet Mondial sur le Développement Social tenu à Copenhague en 1995, le Président Paul BIYA déclarait : « Le développement social demeure la finalité de toute croissance économique véritable. C'est une question d'équité, une exigence de solidarité nationale. Mais c'est aussi une condition essentielle pour le maintien de la paix, de l'harmonie et de la cohésion sociale, sans laquelle (...) il n'y a ni développement, ni progrès ».

Dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté, le gouvernement camerounais entend renforcer la protection sociale à travers la réforme du système de sécurité sociale de manière à couvrir tous les secteurs socio-économiques. C'est ainsi qu'un document de stratégie de la réforme de la sécurité sociale a été adopté en 1998 avec pour principaux axes :

- l'extension du système de protection sociale aux opérateurs du secteur informel, aux populations rurales, aux professions libérales, aux commerçants et aux travailleurs indépendants ;
- l'amélioration des prestations existantes (pensions, prestations familiales, risques professionnels) ;
- la mise en place de nouvelles structures favorisant une gestion rigoureuse des textes d'application de la réforme ;
- la création d'une assurance maladie adaptée au contexte socio-économique du pays qui prenne en compte les notions d'équité, de justice sociale et de pérennité.

En étroite collaboration avec les autres départements ministériels concernés par la question et la coopération internationale, le Ministère de la Santé Publique s'est engagé dans le processus de réforme de la couverture du risque maladie visant à favoriser l'accès de la population camerounaise aux soins de santé de qualité.

De nombreuses études sur les mutuelles de santé ont été menées ces dernières années au Cameroun ; elles ont abouti pour la plupart à la conclusion selon laquelle il faudrait bâtir les mutuelles de santé à partir de populations cibles au sein desquelles préexistent des notions de solidarité, de prévoyance et d'organisation: des fonctionnaires,

des professionnels, des associations traditionnelles de solidarité qui ont souvent une caisse de secours pour le risque décès mais qui aimeraient bien passer à une aide maladie structurée.

La Banque mondiale est aujourd'hui engagée sur un vaste chantier de la réforme de la sécurité sociale. C'est dans ce cadre qu'a vu le jour le comité de pilotage de la réforme de la sécurité sociale qui a réalisé une série d'études sur différents aspects de la sécurité sociale au Cameroun.

La Coopération technique allemande à travers son volet « Renforcement des capacités communautaires » apporte un appui considérable à la réforme de la couverture du risque maladie au Cameroun . Ce volet qui a démarré en 2003 a comme cahier de charges :

- d'élaborer des concepts à mettre en œuvre dans le cadre de la réforme ;
- de mener des essais pilotes sur les mutuelles de santé ;
- d'appuyer la réforme au niveau national.

C'est dans ce cadre que la GTZ a réalisé la mise en place de neuf mutuelles de santé dans les districts de santé de Nylon, de Nkongsamba, de Kumbo et de SAA .

La coopération technique belge a initié dans la province de l'Extrême nord, une étude de faisabilité des mutuelles de santé dans quelques aires de santé qui devrait évoluer vers la mise en place des mutuelles.

Le Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD) se lance depuis le début de l'année dans la mise en place de mutuelles de santé auprès des organisations paysannes partenaires particulièrement dans les provinces de l'Extrême Nord et du Nord, du Nord-ouest et Sud-ouest, de l'Ouest et du Littoral. Les bénéficiaires de cette initiative restent limités aux organisations autour des caisses d'épargne et de crédit qu'ils accompagnent.

Comment faire contribuer durablement les expériences pilotes de mutuelles de santé mises en place par la coopération technique allemande dans le processus de développement des mutuelles de santé en cours au Cameroun ?

Ce sera l'essentiel de la recherche que l'on se propose de mener dans le cadre de cette étude.

I.2 Importance du thème

L'importance du thème se situera par rapport :

- à l'objectif même de la mutualité ;
- au contexte juridique et institutionnel ;
- au financement de la santé

Par rapport à l'objectif même de la mutualité, c'est avant tout son caractère de mécanisme de financement de la santé et de partage du risque maladie. L'analyse que l'on se propose de mener va permettre de porter un jugement sur ces expériences pilote et tirer des enseignements pour l'avenir.

Par rapport au contexte institutionnel et juridique, le contexte camerounais est propice au développement des mutuelles de santé et incite à la recherche sur la viabilité pour les raisons suivantes :

- l'intérêt manifesté par le gouvernement camerounais et les partenaires au développement sur la question du financement de la santé ;
- la réforme hospitalière complémentaire à la réforme de la couverture du risque maladie : ces études sont menées parallèlement en ce moment au Cameroun ;

- l'existence d'une politique de décentralisation avec transfert de compétences aux collectivités locales ;
- l'autonomie de gestion des structures de soins ;
- l'existence d'une politique de promotion des médicaments essentiels ;
- la liberté d'association.

Par rapport au financement de la santé, l'étude pourra permettre de voir comment les mutuelles de santé peuvent contribuer durablement et efficacement à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations camerounaises aux soins , à la mobilisation des fonds, à l'équité et à l'amélioration de la qualité des soins.

Etat des connaissances

II.1 Sur la pérennité

L'accès équitable des populations aux soins de santé de qualité constitue la priorité de tous les Etats et voudrait que tous les citoyens aient droit aux soins de même qualité, mais que chacun contribue à leur financement selon ses capacités financières⁴.

L'injustice sociale dans le fonctionnement du système de santé comporte deux dimensions que l'on peut présenter en termes négatifs de l'iniquité:

- soit au niveau de l'utilisation du système de soins, lorsque des fractions de la population, bien qu'ayant les mêmes besoins, n'accèdent pas au système de soins de la même façon, par ce que incapables de payer; les mutuelles de santé peuvent corriger cette iniquité par ce qu'il s'agit d'un mécanisme au sein duquel les adhérents s'accordent à verser une cotisation et où le paquet bénéfiques est le même pour tous au sein d'une même mutuelle .

- soit au niveau de la contribution au financement des soins si la charge de ce financement peut être considérée comme injustement répartie au sein de la population⁵ . La notion usuelle de l'équité contributive renvoie à une répartition de la charge des dépenses de santé proportionnelle au revenu.

Toutefois, l'équité contributive et l'équité d'utilisation peuvent être liées par des relations complexes : ainsi, le paiement direct peut provoquer une équité contributive en raison de l'iniquité d'accès qu'elle induit à travers la réduction de la consommation aux soins des pauvres. En effet, pour une contribution de 10% de leur revenu respectif, le pauvre et le riche ne pourront pas avoir accès aux soins malgré les mêmes besoins de santé⁶.

Un système de soins efficace et équitable est forcément performant et sa capacité à le demeurer dans le temps constitue une autre composante de sa performance.

La viabilité et la réactivité sont deux notions à prendre en compte dans la performance dans la durée.

En ce qui concerne la viabilité, c'est la capacité à pérenniser le degré de performance atteint . L'étude de la viabilité est nécessaire dans le cadre d'un projet pilote par ce que les résultats escomptés sont atteints dans des conditions toutes particulières qu'il convient d'analyser avant d'envisager la répliation.

On distingue plusieurs systèmes d'assurance maladie et le meilleur système d'assurance maladie est celui qui tend le plus vers l'équité, mais une politique nationale en la matière doit tenir compte du contexte économique et socioculturel du pays.

⁴ Hervé LAFARGE, 2004

⁵ Hervé LAFARGE

⁶ op. citée

Les mutuelles de santé ont jusqu'ici été identifiées comme le mode de financement de la santé qui se rapproche le mieux à cette définition . C'est la raison pour laquelle aujourd'hui, l'on pense que les mutuelles de santé sont à développer dans les pays en développement notamment, pour essayer de répondre à la question d'accès aux soins.

Chris ATIM définit la mutuelle de santé comme une structure d'assurance volontaire, à but non lucratif, formée sur la base d'une assistance mutuelle , de la solidarité et du partage collectif des risques de maladie⁷.

Notre étude porte sur les expériences pilotes des mutuelles de santé de la GTZ afin d'identifier les facteurs susceptibles d'influer sur leur viabilité. Le processus de leur mise en place respecte les procédures recommandées par le BIT/STEP et les autres institutions, pour une analyse à partir des critères prédéfinis, et une vérification des résultats sur des indicateurs précis. Ce qui va permettre d'obtenir suffisamment d'informations de la viabilité recherchée.

Le développement de ces mutuelles de santé exige une attention particulière de la part des promoteurs pour éviter les échecs et les dérapages observés çà et là en Afrique.

Au Cameroun, tous les essais de mutuelles développés il y a quelques années dans les zones de l'étude ont échoué, provoquant de la méfiance pour le développement de nouvelles mutuelles⁸.

Au Sénégal, le pourcentage d'échec des mutuelles de santé est de 9.37%. Ce pourcentage est de 28.57% au Togo et de 33.33% au Niger⁹.

II. 2. Sur les facteurs de viabilité d'une mutuelle de santé

La viabilité d'une mutuelle de santé est la capacité à garantir suffisamment de moyens propres pour subvenir aux besoins de ses adhérents dans la durée.

Le recours à la mutuelle de santé comme mode de financement de la santé ne présente d'intérêt que si sa viabilité en tant qu'organisation est garantie¹⁰. Cette garantie dépend d'un certain nombre de facteurs liés au niveau des dépenses et à celui des ressources.

II.2.1. Les facteurs influençant le niveau des dépenses

Ces facteurs sont liés :

- aux risques encourus par la mutuelle de santé et à leur gestion ;
- à la gestion de la mutuelle de santé ;
- aux caractéristiques socio-économiques.

Risques encourus par la mutuelle de santé et leur gestion

Les facteurs influençant le niveau des dépenses de la mutuelle de santé et sur lesquelles il faudrait agir sont au nombre de quatre :

- Le risque moral qui désigne le comportement qu'a une personne assurée à utiliser plus que de raison les services de santé¹¹. Des mesures telles que la référence obligatoire ou le ticket modérateur et le contrôle social sont prévues pour lutter contre le risque moral.

- La sélection adverse ou anti sélection : elle se pose lorsqu'il y a asymétrie de l'information entre l'assureur et l'assuré. C'est cette tendance pour les personnes à haut risque à s'affilier dans une proportion plus forte dans l'assurance ou pour l'assureur à assurer uniquement les personnes à bas risque. La sélection adverse ou anti-sélection dans

⁷ C. ATIM , 2000

⁸ Concertation

⁹ C. ATIM, 2000

¹⁰ Op. citée

¹¹ Chris ATIM, 2000b

une mutuelle de base est contrôlée par des mesures telles que la prescription exclusive des médicaments génériques, le plafonnement des prises en charge, la référence obligatoire.

- La sur prescription : les bénéficiaires, les gestionnaires et les prestataires deviennent moins sensibles aux prix des prestations. La présence d'un médecin-conseil et l'élaboration des protocoles de soins permettent de contrôler le risque de sur prescription.

- La fraude et les abus : il s'agit de faire bénéficier des avantages de l'assurance maladie à ses proches. Ces risques sont moins ressentis dans la mutuelle de santé du fait de la promiscuité entre les membres.

La gestion des risques a pour objectif de maîtriser la surconsommation, la sur prescription et dans une moindre mesure, la sélection adverse évitant ainsi la faillite des mutuelles de santé.

La viabilité des mutuelles de santé dépend en partie de la capacité des dirigeants à appliquer un ensemble de techniques pour contenir ces risques.

La gestion de la mutuelle de santé

Le choix de la mutuelle de santé comme mécanisme de financement de la santé exige le développement des capacités gestionnaires permettant de contenir la survenue des risques et de développer des modes de paiement appropriés, aptes à assurer la pérennité de l'organisation.

La formation ou le renforcement des capacités des gestionnaires dans l'utilisation et la tenue des documents comptables constitue un préalable pour la mise en place d'une mutuelle de santé.

En définitive, la gestion efficiente d'une structure d'assurance santé demande une attention particulière : sur le système d'enregistrement et de facturation, sur la détermination du montant et du mode de collecte des cotisations, sur la détermination du paquet bénéfiques, sur l'établissement des conventions avec les prestataires, sur le marketing social, sur la comptabilité et la tenue des livres, sur la budgétisation et enfin sur la gestion des fonds. Tous ces éléments vont influencer sur la viabilité des mutuelles.

Les caractéristiques socio-économiques

La question de viabilité amène à se poser des questions relatives à la « disposition à payer » et à la « capacité à payer » ou pouvoir d'achat des populations notamment sur le recouvrement des coûts.

En ce qui concerne la première préoccupation qui est celle de savoir si les populations sont disposées à payer, plusieurs études ont montré que les ménages consacraient des sommes substantielles pour les dépenses de soins de santé dans les pays en développement. En effet, la population participe déjà au financement des services de santé par le paiement direct, les systèmes de pré paiement n'étant pas légion dans nos pays.

Aussi, une étude faite au Burkina Faso démontre que les ménages manifestent une forte volonté pour participer au financement de l'amélioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires.

Au Sénégal, l'étude de Daff.B.M a montré que 74% de la population étaient disposées à payer davantage avec les mutuelles de santé et estiment que le montant de la prime actuellement appliquée dans les mutuelles était faible¹².

¹² DAFF,2000

Concernant la capacité à payer, celle-ci est fonction du revenu monétaire, plus précisément de la part des revenus qu'il est possible de consacrer à la satisfaction des besoins de santé.

Selon la Banque Mondiale, les ménages contribuent aux dépenses de santé entre 30% et 70% en Afrique Subsaharienne ; ces dépenses s'élèvent à 41% au Sénégal et les ménages dépensent jusqu'à 4% de leurs revenus pour les dépenses de santé¹³.

Parallèlement au Cameroun, on a relevé que 62% des ménages estiment que la plus grande difficulté à l'accès aux soins est l'accessibilité financière. Johannes Jutting et Justin Tine ¹⁴ont relevé dans une étude effectuée au Sénégal que l'adhésion dans une mutuelle de santé dépendait dans une large mesure du niveau de revenus.

Il y a sûrement un problème de capacité à payer. Les mutuelles de santé vont ainsi se développer dans un contexte socio économique qui va influencer sur leur viabilité.

II.2.2 Les facteurs influençant le niveau des ressources

Les ressources d'une mutuelle de santé proviennent :

- des cotisations ;
- des droits d'adhésion ;
- des subventions ;
- du fonds de réserves et du fonds de garantie

Les cotisations

Les cotisations constituent la principale ressource de tout système de prépaiement de la santé.

La cotisation est un montant fixe qui n'est pas proportionnel au revenu, mais à la capacité contributive de la population cible. C'est une somme d'argent déterminée versée périodiquement à la mutuelle par l'adhérent pour lui-même et éventuellement pour les personnes à charge, afin de prétendre aux bénéfices de la mutuelle.

Le terme prime est fréquemment utilisé pour désigner la cotisation. Cette cotisation, dans les systèmes de micro assurance santé, est fixée en fonction des caractéristiques des bénéficiaires liés à l'âge, au sexe, au revenu, etc..

Pour Chris ATIM, le montant de la cotisation ou prime affecte directement ou indirectement la viabilité des mutuelles alors même que ces mutuelles possèdent des compétences gestionnaires et administratives¹⁵.

Le recouvrement des cotisations est particulièrement important pour la mutuelle. Les cotisations doivent être régulières et suffisantes pour pouvoir supporter les dépenses de la mutuelle, car elles constituent la principale source de revenus et parfois même l'unique source.

Le droit d'adhésion

Le droit d'adhésion est un montant versé par l'adhérent lors de son inscription dans la mutuelle. Il est payé une seule fois et est non remboursable.

Le droit d'adhésion contribue à la constitution du fonds de garantie et des réserves pour une sécurité financière de la mutuelle.

¹³ Rapport Banque Mondiale, 2001

¹⁴ Etude BIT-STEP/ZEF N°7359

¹⁵ Goetz et al, 2003

Les subventions

Les subventions proviennent des appuis divers provenant de l'Etat ou d'intervenants extérieurs pour soutenir et promouvoir le système.

Le fonds de réserve et le fonds de garantie

Ce sont des mécanismes de consolidation de l'assurance santé qui permettent de faire face aux imprévus. Si la mutuelle peut maîtriser ses charges de fonctionnement, il ne peut pas contrôler totalement les prestations qu'il va prendre en charge, la survenue de la maladie étant aléatoire dans le temps. En cas d'épidémie ou de catastrophe naturelle, la mutuelle peut être amenée à couvrir plus de prestations que d'habitude.

La constitution d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie confère une sécurité financière certaine à la mutuelle.

Le fonds de réserve est alimenté par des capitaux propres constitués par la mutuelle à partir d'un taux à prélever sur la cotisation, des excédents en fin d'exercice et des droits d'adhésion. Il est calculé à partir du rapport entre les réserves comptables et les charges mensuelles en prestations.

Le fonds de garantie est un mécanisme de réassurance auprès d'une autre compagnie d'assurance. Dans le système de micro assurance, la mise en place des réseaux de mutuelles permet de mettre en place un fonds de garantie pour le soutien des mutuelles en difficulté.

A côté de ces facteurs inhérents à la viabilité de tout système d'assurance maladie en général et à la mutuelle de santé en particulier, il convient de relever également les indicateurs de performance des systèmes d'assurance maladie.

II.3. Les indicateurs de performance des systèmes d'assurance

La pérennité des mutuelles de santé dépend de leur capacité à mobiliser des ressources suffisantes et subvenir aux dépenses des soins des mutualistes. Une bonne utilisation des outils de gestion et la maîtrise de la gestion financière permettent d'obtenir des résultats à même d'orienter les décisions pour une amélioration de la qualité du travail allant dans le sens de la viabilité de l'organisation.

La performance administrative, financière et économique d'un système d'assurance est évaluée à partir d'indicateurs techniques de suivi financier. Ces indicateurs sont présentés sous la forme des ratios et les plus utilisés sont :

- a. le ratio de liquidité immédiate
- b. le ratio de solvabilité
- c. le ratio de couverture des dépenses
- d. le ratio des cotisations perçues
- e. le ratio des frais de gestion
- f. le taux de sinistralité
- g. le ratio de capitaux propres
- h. le ratio des cotisations acquises sur charges et coûts cachés

D'autres indicateurs peuvent compléter le suivi financier et économique. Il s'agit :

- i. du taux de recouvrement des cotisations et des quotes-parts
- j. du délai moyen de paiement des prestataires

k. du résultat économique

Un ratio est un rapport entre deux données chiffrées où il existe une relation entre les deux grandeurs que sont le numérateur et le dénominateur. Le ratio doit être comparé à quelque chose pour avoir un sens. Deux types d'analyse sont possibles :

- une analyse des tendances consiste à comparer les ratios à différentes dates pour apprécier l'évolution de la situation financière ;
- une comparaison des ratios d'une assurance avec d'autres assurances à partir des normes standard pour savoir quel système d'assurance est adapté au contexte à l'étude.

a. **Le ratio de liquidité immédiate**

$$R.Liq = AC + AB / DTC$$

AC = Avoirs en Caisse

AB = Avoir en Banque

DTC = Dettes à court terme

Ce ratio évalue la solvabilité de la mutuelle à court terme en comparant les disponibilités (en caisse et en banque) avec les dettes exigibles sur une période allant de un à trois mois. Ce ratio, qui doit être supérieur ou égal à 1, permet d'apprécier la capacité de la structure à faire face immédiatement à ses engagements financiers.

B. **Le ratio de solvabilité**

$$R.Solv = CP / DT$$

CP = Capitaux propres

DT = Dettes Totales

Ce ratio indique la capacité à honorer la totalité de ses dettes sans recourir à l'emprunt. Pour être considéré comme solvable, la mutuelle doit avoir un ratio de capitaux propres supérieur à 1.

c. **Le ratio de couverture des charges**

$$RCD = R / Ch.P * 100$$

R = réserves

Ch.P = Dépenses en prestations ou dépenses médicales

Ce ratio mesure le degré d'autonomie financière de la mutuelle. C'est le rapport entre ses réserves comptables et les charges mensuelles en prestations. Encore appelé réserves, le taux de couverture des dépenses n'est pas facile à déterminer avec précision. Il peut être imposé par le législateur pour protéger les bénéficiaires. En l'absence de dispositions légales, il serait prudent de viser un taux compris entre 50% et 75%, c'est-à-dire que les réserves devraient pouvoir couvrir de 6 à 9 mois de dépenses.

L'accroissement de la valeur du ratio traduit l'indépendance financière de la mutuelle et l'inverse laisse entrevoir une plus grande vulnérabilité.

d. **Le ratio de cotisations acquises sur charges ou ratio d'équilibre général**

$$RCo.Aq = Co.Aq / Ch.T$$

Co.Aq = Cotisations Acquises

Ch.T = Charges Totales

En principe, la mutuelle doit pouvoir couvrir ses charges à l'aide des cotisations qu'elle perçoit. Ce ratio doit être supérieur ou égal à 1 pour pouvoir supporter les charges et dégager des excédents. Il permet de juger du niveau de couverture des charges au moyen

des cotisations et en cas de couverture insuffisante, d'envisager l'augmentation de la cotisation ou de recourir aux subventions.

e. Le ratio des frais de fonctionnement

$$\text{RFG} = \text{Ch.F} / \text{T.Pd} * 100$$

Ch.F = Charge de fonctionnement

T.Pd = Total des produits

Ce ratio mesure la part des ressources financières de la mutuelle utilisée pour son fonctionnement. Le niveau approprié de ce ratio doit être compris entre 5% et 10% pour être efficient.

Le BIT/STEP et le CIDR pensent que les mutuelles de santé en milieu rural ont des charges de fonctionnement assez élevées et qu'il est difficile de maintenir ce ratio en dessous du seuil de 15%.

f. Le taux de sinistralité

$$\text{TS} = \text{Ch.p} / \text{Co.Aq} * 100$$

Ch.P = Charges en Prestations

Co.Aq = Cotisations acquises

L'assurance santé est avantageuse pour les adhérents si une part importante des cotisations est utilisée pour le paiement des prestations et que les frais de fonctionnement sont bas. Il s'agit dès lors d'évaluer si la mutuelle alloue de façon optimale ses ressources au paiement des prestations.

Ce taux mesure la part des cotisations ayant servi effectivement au financement des soins. Il est estimé à 75% selon le contexte.

g. Le taux de recouvrement des cotisations et des quotes-parts

$$\text{Tx.RC} = \text{Co.P} / \text{Co.At} * 100$$

Co.P = Cotisations Perçues

Co.At = Cotisations Attendues

Ces ratios mesurent la proportion des cotisations ou des quotes-parts émises et effectivement encaissées à l'échéance par la mutuelle.

h. Le taux de financement propre (Tx.FP)

$$\text{Tx.FP} = \text{TP.av.SUB} / \text{Ch.T} + \text{CCv} * 100$$

TP .av.SUB = Total Produits avant Subventions

Ch.T = Charges Totales

CCv = Coûts Cachés valorisés

Ce ratio indique la proportion des charges couvertes par les ressources propres, hors subventions de la mutuelle.

Pour pouvoir calculer le taux de financement propre des mutuelles à l'étude, il faut procéder à la valorisation des coûts cachés, c'est-à-dire à l'estimation des coûts des activités et services fournis gratuitement à chaque mutuelle.

i. Le délai de paiement des prestataires

Cet indicateur renseigne sur la capacité de la mutuelle à respecter le délai conventionnel de paiement des prestations.

j. Le ratio des cotisations acquises sur charges et coûts cachés

$$\text{REq.G} = \text{CO.Aq} / \text{Ch.T}$$

CO.Aq = Cotisations Acquises

Ch.T = Charges Totales

Ce ratio est le rapport entre les cotisations acquises et le total des charges de l'exercice plus les coûts cachés. Si ce ratio est supérieur à 1, cela signifie que la mutuelle, dégageant déjà un excédent sans la prise en compte des coûts cachés, est en mesure d'assumer seul l'ensemble des charges par les seules cotisations.

k. Le résultat économique

$$RE = Rf - CCv$$

RE = Résultat Economique

Rf = Résultat financier de l'exercice

CCv = Coûts Cachés valorisés

Le résultat économique est calculé à partir du compte de résultat de l'exercice moins les coûts cachés valorisés, c'est-à-dire ceux qui doivent effectivement être pris en compte comme les services d'un consultant, l'acquisition d'un local. Il permet de savoir si la mutuelle est en mesure de supporter seule, l'ensemble des charges nécessaires à son fonctionnement.

Le développement des mutuelles de santé et leur viabilité dépendront aussi d'autres facteurs : il s'agit de l'appui dont bénéficieront les mutuelles et de la durée de celui-ci.

II.4. L'appui au processus de développement des mutuelles de santé

Le développement des mutuelles de santé est considéré comme un objet de la coopération nord-sud¹⁶. Et l'idée de l'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain¹⁷.

Les difficultés rencontrées dans la définition des projets de mutuelles, de par leur nature¹⁸ et leur vocation¹⁹ rendent nécessaire un accompagnement extérieur ; et certains chercheurs sur la mutualité pensent que les subventions sont indispensables pour le démarrage d'une mutuelle jusqu'à l'autonomisation.

Dans la plupart des cas, les responsables des mutuelles n'ont pas les compétences requises au moment de la mise en place de celles-ci ; d'autre part, ces mutuelles sont financièrement dépendantes au début de l'extérieur. L'appui nécessaire au développement de ces organisations se présente en quatre phases :

1. Une phase d'analyse de la situation initiale ;
2. Une phase de lancement du projet ;
3. Une phase de développement du projet ;
4. Une phase de transfert de gouvernance ou phase d'autonomisation.

Le développement de la mutuelle va se réaliser avec un appui important destiné à ²⁰:

- former les membres des organes dirigeants à leurs tâches de responsabilité, à l'utilisation des outils de gestion et au respect des procédures statutaires ;
- Produire les rapports d'activités, les analyser et les présenter régulièrement ;
- maintenir les relations avec les prestataires et l'administration ;
- accompagner l'évolution de l'organisation ;
- évaluer le processus et le corriger éventuellement.

Le transfert de gouvernance se fait à travers notamment :

¹⁶ LETOURMY, A., 2002

¹⁷ Gotz et al, 2003

¹⁸ Organisme privé, issu de la société civile

¹⁹ Fonctionnement grâce aux seules cotisations des membres

²⁰ LETOURMY, A.,

- L'internalisation de tous les coûts ;
- Le montage d'un système de garantie ;
- La garantie de l'existence de toutes les compétences requises qu au sein de la mutuelle ;
- La mesure de l'impact du développement mutualiste ;
- La mise en place des formes de parrainage pour le maintien des liens avec l'opérateur d'appui.

L'appui a ainsi quatre aspects importants à savoir:la production de connaissances par les études de faisabilité, le transfert de compétences, l'organisation sociale de la mutuelle en vue de l'appropriation par les mutualistes et enfin, l'intégration de la mutuelle dans son environnement avec pour objectif de faciliter le développement de celle-ci .

Le développement des mutuelles demande un effort soutenu dans le temps et l'appui devra ainsi porter sur les points ci-après :

- L'étude de faisabilité ;
- La sensibilisation et la mobilisation sociale ;
- La mise en débats des options de la mutuelle ;
- Le calcul des cotisations ;
- La gestion des risques ;
- La mise en place des outils communs ;
- La négociation avec les prestataires ;
- Les relations avec l'administration sanitaire

Les expériences en cours des mutuelles de santé qui sont en voie de réussir dans les pays en développement ont montré qu'une période de dix ans était nécessaire pour permettre d'atteindre la phase de transfert de gouvernance²¹.

La réussite d'un projet de mutuelle est conditionnée par la qualité de l'appui, la durée de l'appui accordée aux acteurs et les ressources qui leur sont allouées.

La question de subventions comme appui à la mise en place des mutuelles de santé est pertinente .En Europe, les cotisations obligatoires pour le financement des systèmes d'assurance maladie de ceux qui ne peuvent pas payer, à savoir des chômeurs et des pauvres, sont subventionnées ou alors payées directement par les gouvernements sous forme d'assistance sociale.

Dans le système mutualiste, les subventions sont accordées sous forme d'assistance technique ; la mutuelle doit pouvoir s'autofinancer pour rester autonome et maîtriser ses coûts de production .La subvention intervient pour soutenir les charges hors consommation médicale pour que la mutuelle puisse financer par ses fonds propres hors subvention l'objet pour lequel elle existe.

Les tenants de la théorie de la subvention des mutuelles dont Marcadent, pensent que les subventions sont nécessaires dans le long terme, par ce que les faibles revenus des groupes de populations cibles ne permettent pas de financer le fonctionnement d'un système d'assurance.

Par ailleurs, l'appui des bailleurs sous la forme d'assistance technique, de salaires pour le personnel technique, du financement des activités de formation, de la logistique, des infrastructures, peut atteindre 70% et plus du budget total des mutuelles.

²¹ Goetz et al , 2003

PARTIE II

CADRE OPERATIONNEL

PARTIE II : CADRE OPERATIONNEL

I. Objectifs de la recherche

I.1. Objectif général

Cette recherche, inscrite dans le cadre de la mutualisation du risque maladie au Cameroun, va permettre d'analyser la viabilité des expériences pilotes des mutuelles de santé de la GTZ afin de voir comment elles peuvent contribuer durablement à l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les populations à faibles revenus.

I.2. Objectifs spécifiques

1. Analyser la pertinence des études de faisabilité faites avant la mise en place de ces mutuelles ;
2. Analyser les aspects organisationnels et gestionnaires des mutuelles de santé ;
3. Etudier les aspects économiques et financiers et les conditions d'attractivité du produit ;
4. Analyser les facteurs institutionnels de viabilité de ces mutuelles de santé ;
5. Analyser les facteurs de viabilité liés à l'environnement des mutuelles.

II. Cadre général de l'étude

Réunis en septembre 2000 à l'occasion du Sommet des Nations Unies sur le Millénaire, les dirigeants politiques du monde ont définis un ensemble d'objectifs dans l'optique d'aider à la lutte contre la pauvreté, la faim, la maladie, l'analphabétisme, la dégradation de l'environnement et la discrimination à l'égard des femmes. Pour le secteur de la santé, les Objectifs du Millénaire (ODM) sont les suivants :

- Réduire de 2/3, d'ici 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Réduire de 3/4, d'ici 2015, le taux de mortalité maternelle ;
- D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencer à inverser la tendance actuelle ;
- D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ;
- Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population qui souffre de faim (insuffisance pondérale, malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 3 ans) ;
- En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

C'est dans ce cadre que le Cameroun a souscrit aux Objectifs du Millénaire et pour les atteindre, a développé un Document de Stratégie de la Pauvreté (DRSP) dans lequel le

secteur de la santé est mis en exergue . Nous présenterons dans un premier temps les données de base du pays et la situation sanitaire avant de présenter la protection sociale.

II.1. Environnement socio économique et socio sanitaire

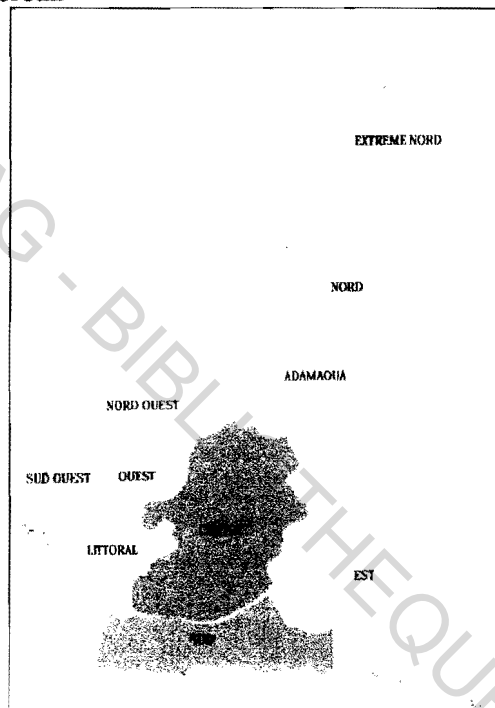
II.1.1. Situation géographique et démographique

Le Cameroun est situé au cœur de l'Afrique où il représente pratiquement tous les écosystèmes de ce continent que sont : la forêt équatoriale au Sud, les hauts plateaux à climat doux à l'Ouest, la savane au Centre et une zone sahéllienne au Nord.

Avec une superficie de 475 650 km², le pays est organisé en dix provinces, 58 départements, 269 arrondissements et 53 districts administratifs.

Le Cameroun occupe le 18^e rang parmi les pays au sud du Sahara en matière de population avec près de 14 millions d'habitants en 1997 (dernier recensement général de la population en 1998), aujourd'hui estimée à 16.5 millions.

Figure 1 : Carte géographique du Cameroun



Le taux de croissance est estimé à 2,9% avec d'importantes variantes en fonction des provinces.

De par sa position géographique, le Cameroun se situe au croisement des courants migratoires séculaires des peuples soudanais, peuls et bantous.

L'Indicateur de Pauvreté Humaine calculé en 1998, révèle que la probabilité de décéder avant 40 ans est de 27,4% au Cameroun²².

La population est essentiellement jeune: 17% a moins de cinq ans, alors que 28% et 56% ont respectivement entre 5 - 14 ans et moins de 20 ans ; seuls 3,7% de la population a plus de 60 ans et la frange potentiellement active (15 – 49 ans) représente 50 %.

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit très rapidement. Les femmes représentent 51 % de la population totale.

²² Rapport mondial sur le développement humain 1999

La majorité de cette population réside en zone rurale ; cependant, le phénomène d'urbanisation gagne en importance puisque la population urbaine représente 45% du total avec une forte concentration à Douala (environ 1,6 million d'habitants) et Yaoundé (environ 1,4 million); plusieurs autres villes ont une population de plus de cent mille habitants.

II.1.2. Contexte économique général et indicateurs socio sanitaires

II.1.2.1. Données socio économiques

Le Cameroun est un pays pauvre ; il occupe le 135^{ème} rang sur les 173 pays classés sur l'échelle de développement humain en 2003.

La chute des cours mondiaux des matières premières, l'effondrement du dollar et la contraction de la demande mondiale n'ont pas épargné le Cameroun qui a connu, comme la plupart des pays en développement, une grave crise économique et sociale dans les années 80.

La situation économique et financière demeure fragile : la croissance économique est faible pour donner une impulsion pour le changement au niveau de toutes les composantes sociales, notamment les plus faibles.

Cette faiblesse de la croissance économique et financière est en partie imputable à la faiblesse de l'épargne, de l'investissement et surtout au poids excessif de la dette qui réduit la capacité d'investissement du pays notamment en faveur de la lutte contre la pauvreté.

Malgré des gains importants enregistrés lors de la deuxième moitié des années 90, encore 4 camerounais sur 10 vivent en dessous du seuil de revenu annuel de 1\$US /personne/jour .

Le Cameroun a bénéficié de l'Initiative PPTTE en septembre 2000 et a souscrit à la nouvelle approche de réduction de la pauvreté. Il aura à son profit la remise de la dette bilatérale avec la France dans le cadre du Premier Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) à partir du point d'achèvement de l'Initiative PPTTE.

II.1.2.2. Situation sanitaire du Cameroun

Structure et organisation du système national de santé

Après la Conférence d'Alma Ata en 1978, le Cameroun a entamé en 1982 la réforme de son système de santé par la mise en œuvre de la Stratégie des Soins de Santé Primaire(SSP). Avec la Réorientation des SSP commencée en 1989 et la Déclaration de la Politique Nationale de Réorientation des Soins de Santé Primaire en 1993 inspirée de l'Initiative de Bamako, le pays s'est doté d'un cadre institutionnel approprié pour poursuivre la réforme de son système de santé. Dans cette nouvelle approche, le système de santé est calqué sur une structure pyramidale avec une gestion déconcentrée . Cette pyramide est composée de trois niveaux : chaque niveau dispose de structures administratives, des formations sanitaires, de structures de dialogue relatives aux fonctions spécifiques comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau 1 : Les différents niveaux du secteur santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins	Structures de dialogue
Central	Services Centraux du Ministère de la Santé Publique	-Elaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux de référence, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux	Conseils d'Administration ou Comités de gestion
Intermédiaire	Délégations Provinciales	Appui technique aux districts de santé	Hôpitaux Provinciaux et assimilés	Fonds spéciaux provinciaux pour la promotion de la santé
Périphérique	Services de Santé de District	Mise en œuvre des programmes	Hôpitaux de District, Centres Médicaux d'Arrondissement, Centres de santé	COSADI COGEDI COSA COGE

Source : Cadre conceptuel du D/S viable (MSP)

Ce tableau fait ressortir :

- **le niveau central** : il est constitué des Services Centraux du Ministère de la Santé Publique et des Hôpitaux Nationaux ;
- **le niveau intermédiaire** : il est constitué des Délégations Provinciales de la Santé Publique et des Hôpitaux Provinciaux et Assimilés ;
- **le niveau périphérique** : il comprend 172 Services de Santé de District et près de 2000 Centres de Santé.

Le secteur santé s'articule lui-même en trois sous-secteurs :

- un sous-secteur public ;
- un sous-secteur privé ;
- Un sous-secteur de la médecine traditionnelle.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé interpelle plusieurs intervenants dont l'Etat, les ménages/communautés, le sous-secteur privé et les partenaires extérieurs.

II.1.2.3. Indicateurs socio sanitaires

Le profil épidémiologique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, est dominé par les maladies infectieuses et parasitaires.

Le tableau ci-dessous présente les principaux indicateurs de développement et de santé du Cameroun.

Tableau 2 : Indicateurs socio économiques

INDICATEURS	VALEUR	ANNEE
Taux de croissance du PIB	4.7	2003
Taux de croissance économique	5.5	2002
Taux d'inflation	2.9	2003
Population en (millions d'habitants) ^o	16.5	2004
Taux de croissance annuelle de la population(en%)	2.8	1998
Espérance de vie à la naissance chez les hommes	53	1999
Espérance de vie à la naissance chez les femmes	56	1999
Incidence de la pauvreté sur les ménages(en%)	50.5	1996
Prévalence du VIH/SIDA dans la tranche d'âge sexuellement active(en%)	5.5	2004
Population ayant accès à l'eau potable(en%)	58	2003
Proportion de malnutrition chez les moins de 5 ans(en%)	32	2004
Taux brut de mortalité(en%)	14	1999
Taux de mortalité infantile(pour 1000naissances vivantes)	74	2004
Taux de mortalité infanto juvénile(pour 1000naissances vivantes)	142	1998
Taux de mortalité maternelle(pour 100.000 naissances vivantes)	430	1998
Taux de consultations médicales dues du paludisme(en%)	50	1998
Taux brut de scolarisation(en%)	73	1999
Indice synthétique de fécondité(ISF)	5.1	1998
Taux brut de natalité(en%)	39	1999
Taux de couverture vaccinale complète(en%)	72.6	2003
Indicateur de développement humain(IDH)	127	1999
Nombre d'habitants pour un médecin(en millier)	10.83	2000
Nombre d'habitants pour un infirmier(en millier)	2249	2000
Encours de la dette extérieure/Exports(en%)	192.9	2003

Source : EDSC-1, EDSC-2, Population et Sociétés n°392, juillet-août 2003

Les données du tableau ci-dessus appellent les commentaires suivants :

Le Paludisme demeure une endémie majeure, constituant la première cause de morbidité et de mortalité au Cameroun ; il représente :

- 40 à 50% des consultations médicales ;
- 23% des hospitalisations ;
- 26% des arrêts maladie ;
- 40% du budget annuel de santé des ménages ;

La malnutrition sévit de manière endémique dans toutes les provinces. Les statistiques révèlent qu'en 2004²³, 32% des enfants de moins de 3 ans souffraient de malnutrition chronique.

La situation épidémiologique se trouve aujourd'hui aggravé par la pandémie galopante de l'infection à VIH/SIDA

L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de la femme camerounaise estimée à 5 enfants se caractérise entre autre par sa précocité, sa multiplicité, sa prolongation dans le temps. On note une baisse de cet indice qui était à 5.2 en 1998²⁴.

²³ Enquête démographique et de santé ,2004

²⁴ EDCS-II,1998

II.1.2.4. Les ressources

Alors que l'OMS recommande un médecin pour 1000 habitants et un infirmier pour 3000 habitants, en 1998, le rapport du PNUD sur le Développement Humain au Cameroun présentait un ratio de un médecin pour 9164 habitants et un infirmier pour 2214 habitants. Au 30 Juin 2000, ces ratios sont passés respectivement à 1 pour 10.083 et 1 pour 2249²⁵.

En dehors de la dégradation progressive de ces ratios, l'on note de grandes disparités dans la répartition des ressources humaines du secteur entre les différentes provinces d'une part et au sein d'une même province, entre la zone rurale et la zone urbaine d'autre part.

Le Cameroun dispose d'un nombre important d'infrastructures sanitaires très inégalement réparties entre les provinces, au sein des provinces et même entre les zones urbaines et rurales.

II.1.2.5. Le financement de la santé

La santé est principalement financée par les ménages à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs, le budget de l'Etat, le financement extérieur et dans une moindre mesure, les collectivités publiques décentralisées et l'assurance maladie privée.

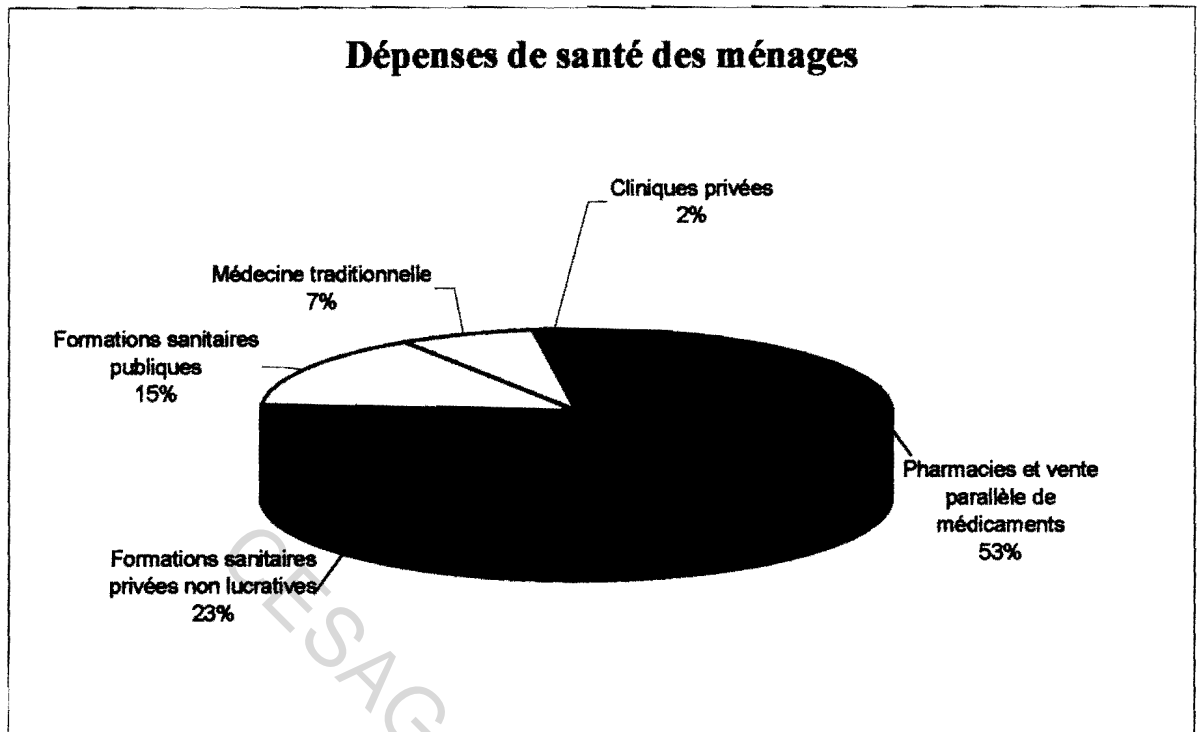
Les ménages

En 1996, sur un financement total du secteur estimé à 173 milliards de FCFA, la contribution des ménages s'élevait à 73%²⁶ contre 20% pour l'Etat et 7% pour les partenaires extérieurs.

Près de $\frac{3}{4}$ des dépenses de santé des ménages se font dans le secteur informel, notamment pour ce qui est du médicament.

²⁵ Rapport PNUD, 2000

²⁶ Ntangsi Joseph, An analysis of Health Expenditure in Cameroon using a National Health Account Framework, 1996

Figure 2: Distribution des dépenses de santé des ménages

Les dépenses de santé des ménages en médicaments représentent en elles seules 53% . Ceci s'explique par le développement d'un secteur informel de vente du médicament et à l'auto médication.

L'utilisation des services publics de santé est de 14% alors que ce pourcentage est de 25% pour les formations sanitaires privées . La faible utilisation des services publics de santé peut être liée à la qualité des services qui y sont administrés, notamment l'accueil et la prise en charge médicale des patients.

D'une manière générale, les services de santé sont peu utilisés, 40% seulement ; les raisons retenues sont :

- le coût élevé des prestations ;
- la qualité et la disponibilité des services de santé ;
- l'ignorance ;
- l'auto médication ;
- les habitudes socio culturelles(perception de la maladie).

Le budget de l'Etat

S'agissant des dépenses publiques de santé, la proportion du budget de l'Etat affecté à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé de 1992 qui prévoyait d'en assurer un accroissement progressif jusqu'à 10% du budget de l'Etat, pour témoigner de la priorité accordée au secteur de la santé selon les recommandations de l'OMS.

Le tableau ci-dessous indique l'évolution des masses budgétaires allouées à la santé de 1993 à 2005 .

Tableau 3 : Evolution des masses budgétaires en milliards de FCFA alloué au Ministère de la Santé publique par rapport au budget national de 1993 à 2005

Exercices	NATIONAL	MINSANTE	MINSANTE/NATIONAL (en %)
1993 - 1994	427.812	25.059	5,86
1994 - 1995	536.537	15.676	2,92
1995 - 1996	616.530	16.251	2,64
1996 - 1997	863.906	23.156	2,68
1997 - 1998	862.302	26 388	3,06
1998 - 1999	1.229.997	38.098	3.10
1999 - 2000	1.297.628	31.947	2.46
2000 - 2001	1.475.991	55.317	3.75
2001 - 2002	1.544.994	69.136	4.47
2003	1.508.979	59.441	3.94
2004	1 617 000	58 295	3.60
2005	1 721 000	59.512	3.45

Sources: MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs)

De ce tableau, il se dégage un ratio budget santé/budget national de loin inférieur à la recommandation de l'OMS qui demande que le budget de la santé des Etats membres représente 9% du budget national.

D'une manière générale, la part du budget de la santé dans le budget national évolue en dents de scie et n'a jamais atteint 5% au cours de la période 1994-2005.

En réalité , cette variation cache le financement de la santé par l'Etat à travers les secteurs apparentés que sont la défense, l'éducation, l'administration pénitentiaire, les affaires sociales, l'enseignement supérieur et autres.

Les collectivités publiques locales

Les collectivités publiques locales prévoient souvent dans leur budget, une allocation destinée aux secteurs sociaux notamment la Santé et l'Education. L'utilisation de ce budget reste inconnue et incontrôlée, faute de dispositions institutionnelles.

La décentralisation n'est pas encore effective au Cameroun. Le décret sur la décentralisation a été signé en 2004 : l'application de ce décret est attendue et pourra sans doute définir le rôle des collectivités locales dans le développement social .

L'appui des partenaires extérieurs

Plusieurs partenaires interviennent activement dans le secteur de la santé au Cameroun. On peut noter qu'il y en a qui appuie le Gouvernement dans ses efforts de développement du système de santé de district et d'autres dans le développement et la mise en œuvre des programmes prioritaires. Le grand problème ici est la non optimisation de l'utilisation des ressources mobilisées par ces partenaires.

Les Soins de Santé Primaires constituent globalement la principale destination de ce financement, ce qui est conforme à la politique nationale de santé.

L'aide internationale représente en moyenne 7% du financement global du secteur de la santé au Cameroun. Son allocation spatiale n'est souvent pas efficiente à cause de l'insuffisance de la coordination des diverses coopérations par le Ministère de la Santé Publique.

CONSTATS

Le secteur de la santé tel qu'organisé actuellement connaît un certain nombre de problèmes dont les principaux sont :

- la faiblesse institutionnelle ;
- l'absence des normes dans certains domaines ;
- la place très importante de l'activité informelle dans le secteur ;
- la supervision, le suivi et l'évaluation des activités ne sont guère assurés de manière systématique comme prévu par les politiques et stratégies de santé ;
- le manque d'organisation du système de référence et contre référence ;
- l'inexistence d'un système de maintenance des équipements ;
- l'inexistence à tous les niveaux, de structures chargées du développement et de la mise en œuvre des activités d'IEC.

Ce constat a amené le Cameroun à adopter en 2001 une Stratégie Sectorielle de Santé pour la période 2001-2010.

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS)

La SSS a trois principaux objectifs :

1. réduire de 1/3 au moins la charge morbide globale et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables ;
2. mettre en place, à une heure de marche et pour 90% de la population, une formation sanitaire délivrant le paquet minimum d'activités ;
3. pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et services de santé, publics et privés, à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Pour atteindre ces objectifs, quatre axes stratégiques ont été développés :

1. le schéma directeur de l'offre des soins ;
2. l'organisation du secteur ;
3. le processus gestionnaire ;
4. les aspects techniques.

La mise en œuvre de ces stratégies a permis de développer huit programmes de santé que l'on peut regrouper dans deux catégories :

- 1.. les programmes de prestations de soins et services de santé :
 - la lutte contre la maladie

- la santé de la reproduction
 - la promotion de la santé
 - les médicaments, réactifs et dispositifs médicaux essentiels
2. les programmes d'appui :
- le processus gestionnaire
 - l'amélioration de l'offre de soins
 - le financement du secteur de la santé
 - le développement institutionnel

Le financement de la santé vise l'accessibilité financière aux soins, par la mise en place d'un système tarifaire par protocoles de soins et services de santé, l'augmentation du budget de l'Etat alloué à la santé et sa liquidité, la promotion du partage du risque maladie.

Pour ce qui est de la promotion du partage du risque maladie le Ministère de la Santé Publique prévoit la mutualisation de la couverture du risque maladie. Plus spécifiquement, il s'agit, d'ici 2010, de :

- amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé ;
- faire couvrir au moins 40% des populations par des mutuelles de santé.

L'intervention du partenaire allemand s'intègre dans la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé.

Il y a lieu de présenter la situation de l'assurance maladie au Cameroun pour voir les dispositions existantes dans ce domaine avant d'entamer l'étude des expériences pilotes de la coopération technique allemande.

III. Situation de l'assurance maladie au Cameroun

Le renforcement du système de protection sociale occupe une place primordiale pour l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé de qualité. Les dispositions de la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010 sur la promotion des mécanismes de partage du risque maladie, la création en décembre 2004 d'un département ministériel chargé de la sécurité sociale, témoignent de la volonté de développer l'assurance maladie au Cameroun.

A l'heure actuelle, on ne peut pas parler de l'existence d'une sécurité sociale au Cameroun, de par l'absence d'un régime universel de protection sociale.

On peut néanmoins parler de l'assurance maladie privée qui couvre moins de 1% de la population et quelques initiatives mutualistes encore balbutiantes.

Le Décret N°2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Au terme de ce texte, la protection des fonctionnaires contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle est entièrement assurée par l'Etat; cette prise en charge est de 60% pour la famille du fonctionnaire (époux, enfants légitimes, reconnus ou adoptifs) et aussi lorsque les dommages ne sont pas imputables au service. L'application de ce texte n'est pas encore effective . En attendant , le fonctionnaire au Cameroun ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale en cas de maladie ou d'accident .

Les travailleurs du secteur privé, sur la base des cotisations versées à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) bénéficient :

- des prestations familiales ;
- des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès ;
- des allocations pour les accidents de travail et les maladies professionnelles.

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) traverse actuellement une situation de crise due au montant élevé de ses créances difficiles à recouvrer ou compromises. Suite à ces nombreuses difficultés, une réforme de la sécurité sociale est envisagée.

Les fonctionnaires, les travailleurs indépendants du secteur informel, les chômeurs et invalides non pensionnés ne bénéficient d'aucune forme d'assurance maladie collective.

En attendant la mise en place d'un système d'assurance maladie universelle, la mutualité contribuera à la résolution du problème d'accessibilité financière aux soins des populations camerounaises. D'où l'actualité de la question sur la mutualité.

IV. Présentation des mutuelles à l'étude

Taille de l'échantillon

L'enquête a porté sur des mutuelles de santé dans trois provinces du Cameroun : le Nord-ouest, le Centre et le Littoral. Toutefois, ces mutuelles sont réparties dans les aires de santé à l'intérieur des districts de santé de Kumbo dans le Nord-Ouest, de Sa'a dans le Centre, de Nylon et de Nkongsamba dans le Littoral.

Au total, la GTZ expérimente neuf mutuelles de santé dans les districts de santé suscités réparties comme suit :

- Districts de santé de Kumbo : 1 mutuelle ;
- District de santé de Sa'a : 5 mutuelles dans cinq aires de santé (Sa'a Centre, Lebamzip, Ndong Elang, Nlong Onambélé et Bibia) ;
- District de santé de Nylon : 1 mutuelle (Musany) ;
- District de santé de Nkongsamba : 2 mutuelles dans deux aires de santé (Manjo et N'lohè).

Le district de santé de Sa'a compte le plus grand nombre de mutuelles, soit 5/9 mutuelles de l'ensemble des mutuelles étudiées . Le reste est réparti entre les districts de santé de Nkongsamba, de Nylon et de Kumbo. Cette distribution des mutuelles reste faible et ne peut répondre à la loi des grands nombres pour une application de la loi normale.

Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les neuf mutuelles à l'étude, une mutuelle n'a pas démarré au moment de l'enquête : il s'agit de la mutuelle de santé de Nylon. Des études de faisabilité ont été faites, les cotisations ont été collectées pendant plus d'un an ; nous en parlerons ici en terme de mutuelle en difficulté en faisant ressortir les facteurs perçus de non viabilité.

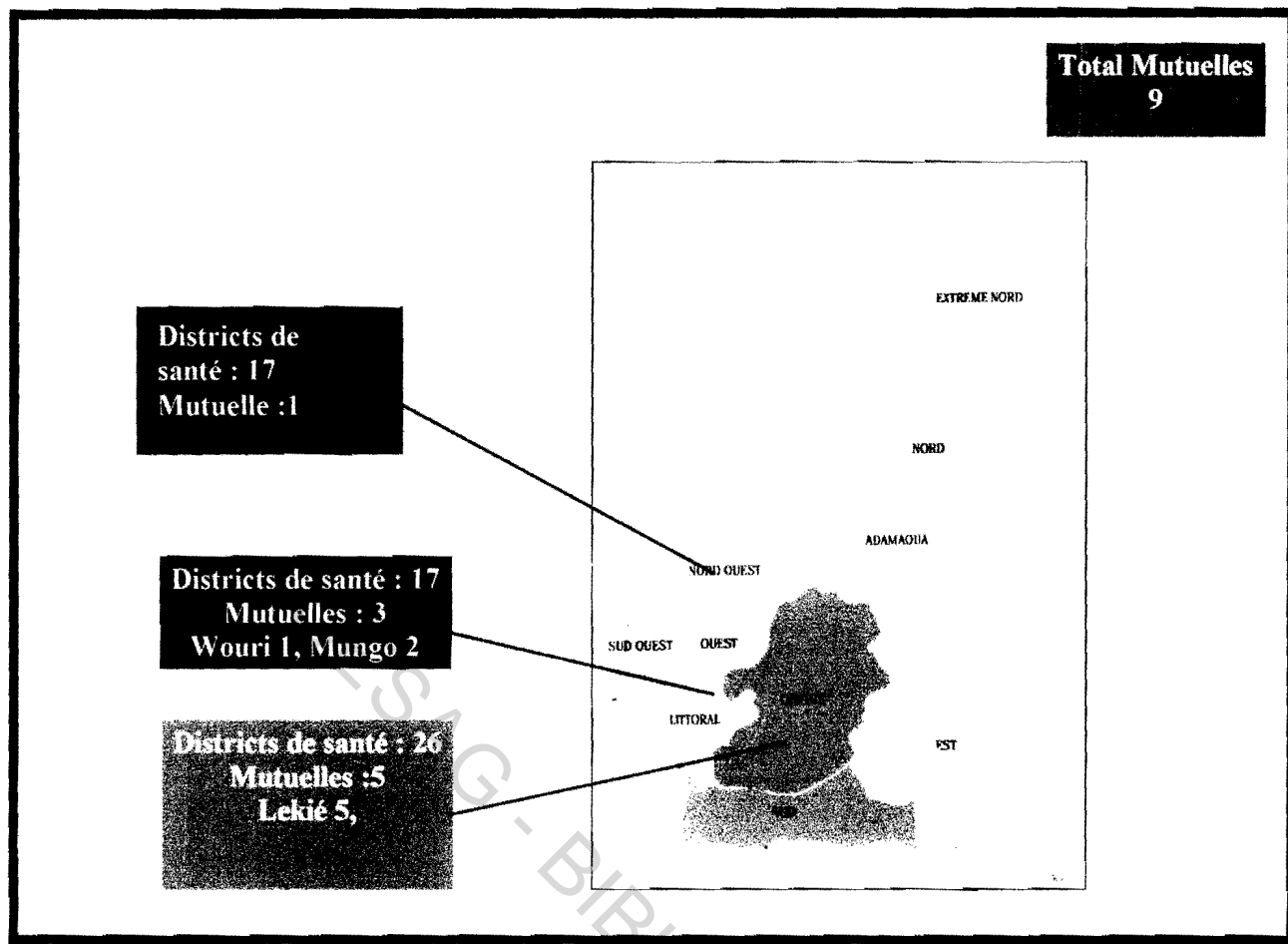
On procédera par une distribution des mutuelles par rapport aux adhérents, aux bénéficiaires et au taux de pénétration la première année comme l'indique le tableau ci-contre.

Tableau 4 : Caractéristiques générales des mutuelles

Aires de santé	Dénomination	Population cible	Nombres d'adhérents en A1	Nombre de bénéficiaires en A1	Taux de pénétration en A1
Sa'a centre	Mutuelle de santé de Sa'a	28 525	434	2 170	7,61%
Lebamzip	Mutuelle de santé de Lebamzip	4 067	218	1 090	26,80%
Ndong Elang	Mutuelle de santé de Ndong Elang	3 737	239	1 190	31,84%
Nlong Onambélé	Mutuelle de santé de Nlong Onambélé	5 024	194	960	19,11%
Bibia	Mutuelle de santé Bibia	6 000	305	963	16,00%
Kumbo	Mutual Health Organisation (MHO)	88 000	787	3 935	4,47%
Manjo I	Mutuelle de santé de ManjoI	15 000	394	1 585	10,57%
Nlohé	Mutuelle de santé de Nlohé	12 000	163	1 508	12,57%
TOTAL 1	08 Mutuelles	162 353	2 734	13 398	8,25%
Nylon	Musany	400 000	139	218	0,2%
TOTAL 2	09 Mutuelles	556 653	2 873	13 616	2,6%

Source : Rapport d'activités du SAILD, janvier 2005

Figure 3 : Cartographie des mutuelles de santé à l'étude



Source : GTZ

V. Méthodologie de la recherche

V.1. Déroulement de l'enquête

Les données utilisées pour cette étude ont été collectées à partir d'entretiens semi dirigés et d'une analyse documentaire.

Les entretiens ont été menés par une équipe de trois personnes dans le cadre d'une mission d'évaluation du volet « Renforcement des Capacités Communautaires » du programme Germano-camerounais Santé /SIDA. L'équipe des évaluateurs était composée de :

- Docteur Bruno GALLAND du CIDR ;
- Docteur Jérémie SOLLE, Délégué Provincial de la Santé Publique de la Province du Littoral ;
- Madame Catherine NDIM, Chef de la Cellule du Partenariat National au Ministère de la Santé Publique, stagiaire au CESAG.

L'utilisation dans cette étude des données collectées au cours de ladite évaluation a été autorisée par le Coordonnateur principal du Programme Germano-Camerounais Santé/SIDA.

Les entretiens ont été faits dans la période allant du 22 février au 03 mars 2005.

Une analyse documentaire a été faite parallèlement et a permis de compléter les informations recueillies au cours des entretiens.

V.2 Stratégie de recherche

La stratégie de recherche adoptée pour cette étude est la recherche synthétique de cas ou étude de cas multiples ayant comme finalité l'identification au sein des mutuelles de santé pilotes à l'étude les facteurs favorables à la viabilité de celles-ci.

Comme toute étude de cas, cette étude a un potentiel de validité interne élevée.

Le quasi similitude de l'organisation et du fonctionnement de ces essais pilotes de mutuelles de santé pourrait conférer à notre étude une validité externe relative.

V.2.1. La population cible

La population cible de l'étude est constituée par l'ensemble des mutuelles mises en place par la coopération technique allemande dans les districts de santé de Kumbo, Sa'a, Manjo et Nylon.

Critères d'inclusion

Le seul critère d'inclusion retenu est l'appartenance au groupe de mutuelles de santé mises en place avec l'appui de la coopération technique allemande.

Ces mutuelles de santé répondent toutes aux cinq critères de définition d'une mutuelle de santé à savoir :

- ✓ la solidarité entre les membres
- ✓ la prévoyance de la maladie
- ✓ l'autonomie de gestion
- ✓ le bénévolat
- ✓ la non lucrativité

Ces mutuelles sont situées soit dans des zones rurales , soit dans des zones urbaines , soit enfin dans des zones mixtes. Elles donnent toutes des informations d'un même niveau de préoccupation concernant le secteur informel.

V.2.2 Unités d'analyse

Par rapport à la cible, les unités d'analyse retenues ont été les suivantes :

- Le Conseil d'Administration;
- Le Bureau Exécutif;
- Le gestionnaire ;
- Le trésorier ;
- Le commissaire aux comptes ;
- Le responsable du projet,
- Les responsables du MSP chargés de la question ;
- Les organismes d'appui ;
- Les maires ;
- Les prestataires de services de santé

V.2.3. Instruments et méthode de collecte des données

Les données utilisées pour cette étude ont été collectées à partir d'entrevues semi dirigées avec les organes dirigeantes des mutuelles de santé, les prestataires et les autorités sanitaires. Cette méthode permet de recueillir un taux élevé de réponses précises par rapport aux autres méthodes de collectes d'informations.

Un guide d'entretien joint en annexe a été élaboré avec des questions ayant trait à :

- ✓ L'identification de la mutuelle
- ✓ Au fonctionnement de la mutuelle
- ✓ Aux relations avec les tiers
- ✓ Aux statuts et règlement intérieur
- ✓ A la gestion de l'organisation
- ✓ A la gestion financière
- ✓ A l'identification des besoins
- ✓ Aux perspectives

Ce guide d'entretien, à l'intention des mutualistes et des prestataires , avait pour objectifs de préciser :

- Les relations entre les mutuelles et les prestataires de soins
- Les relations entre les mutuelles et les associations
- Les relations entre les mutuelles et les organismes de micro finances
- Leur vision de la gestion des risques
- Leurs préoccupations par rapport à la marche de la mutuelle
- L'identification des besoins
- Leur point de vue par rapport à la mutuelle

L'analyse documentaire a porté sur :

- La stratégie sectorielle de la santé
- Les documents comptables
- Les contrats
- Les rapports de la formation
- Les manuels de procédure
- Les termes de référence des structures d'appui
- Les études de faisabilité
- Les rapports d'activités des mutuelles
- Le cadre général de la réforme

V.2.4. Méthode d'analyse des données

Il est recommandé, dans une telle étude, de procéder à l'Analyse en Composantes Principales (ACP), méthode reconnue pour la possibilité qu'elle offre pour reconnaître simultanément les relations entre variables d'une part et les groupes homogènes d'autre part.

L'ACP s'applique à des tableaux rectangulaires de mesures dont les colonnes contiennent des variables à valeurs numériques et les lignes présentent les individus ou organisations sur lesquels ces variables sont mesurées. L'utilisation de l'ACP dans notre contexte répond plus à un souci de démontrer les liens entre les différentes variables qu'à une rigueur méthodologique, les méthodes factorielles n'admettant pas à priori les hypothèses de recherche.

Nous réaliserons une ACP pour réduire la dimension des tableaux aux deux principaux facteurs d'interaction entre variables et de les représenter dans des graphiques. L'analyse des données a été effectuée à l'aide des logiciels SPAD et Microsoft Excel.

VI Analyse des quatre dimensions de la viabilité des mutuelles de santé

L'état de connaissances sur les mutuelles de santé a permis d'identifier les facteurs susceptibles d'influer sur la viabilité des mutuelles de santé, de ressortir les indicateurs de performance inhérente à tout système d'assurance maladie et de relever la nécessité de l'appui au processus de développement des mutuelles de santé.

La viabilité d'une mutuelle de santé traduit sa capacité à créer un environnement apte pour une mobilisation de ressources suffisantes, promptes à garantir la pérennité de l'organisation. Il s'agit d'un environnement juridique et institutionnel favorable et incitatif, des conditions économiques et financières et des capacités gestionnaires fiables .

Pour y arriver, la combinaison de certains facteurs est nécessaire, et l'étude que l'on se propose de mener a retenu quatre dimensions de la viabilité, à savoir :

1. la viabilité financière et économique
2. la viabilité administrative et de gestion
3. la viabilité institutionnelle
4. la viabilité liée à l'environnement de la mutuelle

Pour le calcul des indicateurs, les méthodes utilisées ont été proposées par BIT/STEP/CIDR, et ont déjà été présentées dans les pages précédentes.

VI.1. La viabilité institutionnelle

La viabilité institutionnelle est la capacité du système à mettre en place un ensemble d'instruments devant régir le cadre réglementaire des mutuelles de santé . Ce sont les lois , les décrets , et les arrêtés .

L'on peut apprécier la viabilité institutionnelle d'une mutuelle de santé à partir des indicateurs suivants :

- La volonté politique ;
- Le cadre institutionnel;
- L'appui des partenaires;

La viabilité institutionnelle est appréciée par les indicateurs suivants :

- la composition du Conseil d'Administration ;
- le taux de participation aux réunions ;

- les modalités de mise en place des organes de la mutuelle ;
- l'existence d'un cadre institutionnel ;
- le degré de professionnalisme des acteurs ;
- le nombre de mutuelles reconnues par les autorités administratives ;
- le taux des mutuelles ayant un règlement intérieur et des statuts ;
- le taux des mutuelles disposant d'un système de contrôle ;
- le taux des mutuelles disposant d'un système d'évaluation ;
- le pourcentage des mutuelles ayant un compte bancaire.

VI.2. La viabilité administrative et de gestion

Des procédures administratives et gestionnaires fiables et leur utilisation rationnelle garantissent la viabilité de la mutuelle de santé.

L'évaluation de la viabilité administrative et de gestion se réfère aux éléments ci-après :

- la gestion des adhésions ;
- la détermination du paquet bénéfiques ;
- la détermination des bénéficiaires ;
- le calcul de la cotisation ;
- l'institution du ticket modérateur ;
- le mode de recouvrement des cotisations
- la gestion des cotisations ;
- la gestion des risques ;
- le renforcement des capacités administratives et gestionnaires ;
- les modalités de prise en charge ;
- les organes de gestion ;
- la tenue des documents comptables ;
- la communication/marketing social
- les conditions de prise en charge

L'évaluation de la viabilité administrative et de gestion requiert la vérification des indicateurs suivants :

- Existence des organes de gestion ;
- Existence des outils de gestion ;
- Existence des outils de collecte ;
- Montant des frais d'adhésion ;
- Montant de la cotisation ;
- Mécanismes de gestion des risques ;
- Taux de prélèvement des frais de gestion

VI.3 La viabilité financière et économique

La viabilité financière et économique est perçue au moyen des ratios cités plus haut, qui donnent des informations sur l'état du patrimoine de la mutuelle de santé et de sa trésorerie. Ce sont entre autres :

- le ratio de liquidité ;
- le ratio de solvabilité ;
- le ratio de couverture des dépenses ;
- le ratio de sinistralité ;
- le ratio d'équilibre général ;
- le ratio des frais de gestion ;
- le taux de financement propre.

VI.4 La viabilité liée à l'environnement de la mutuelle

L'environnement de la mutuelle est un facteur de viabilité de celle-ci. Les éléments suivants permettent de voir l'influence de ce facteur dans la vie de la mutuelle :

- La dynamique d'adhésion ;
- Les relations avec les autorités sanitaires ;
- Les relations avec les autorités locales et autres ;
- Les relations avec les prestataires
- Les relations avec les structures d'appui ;
- La perception de la mutuelle par la population

Le tableau N°5 et le modèle théorique présenté dans la figure N°4, reprennent les différentes dimensions de la viabilité, les variables à l'étude et les indicateurs de performance.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

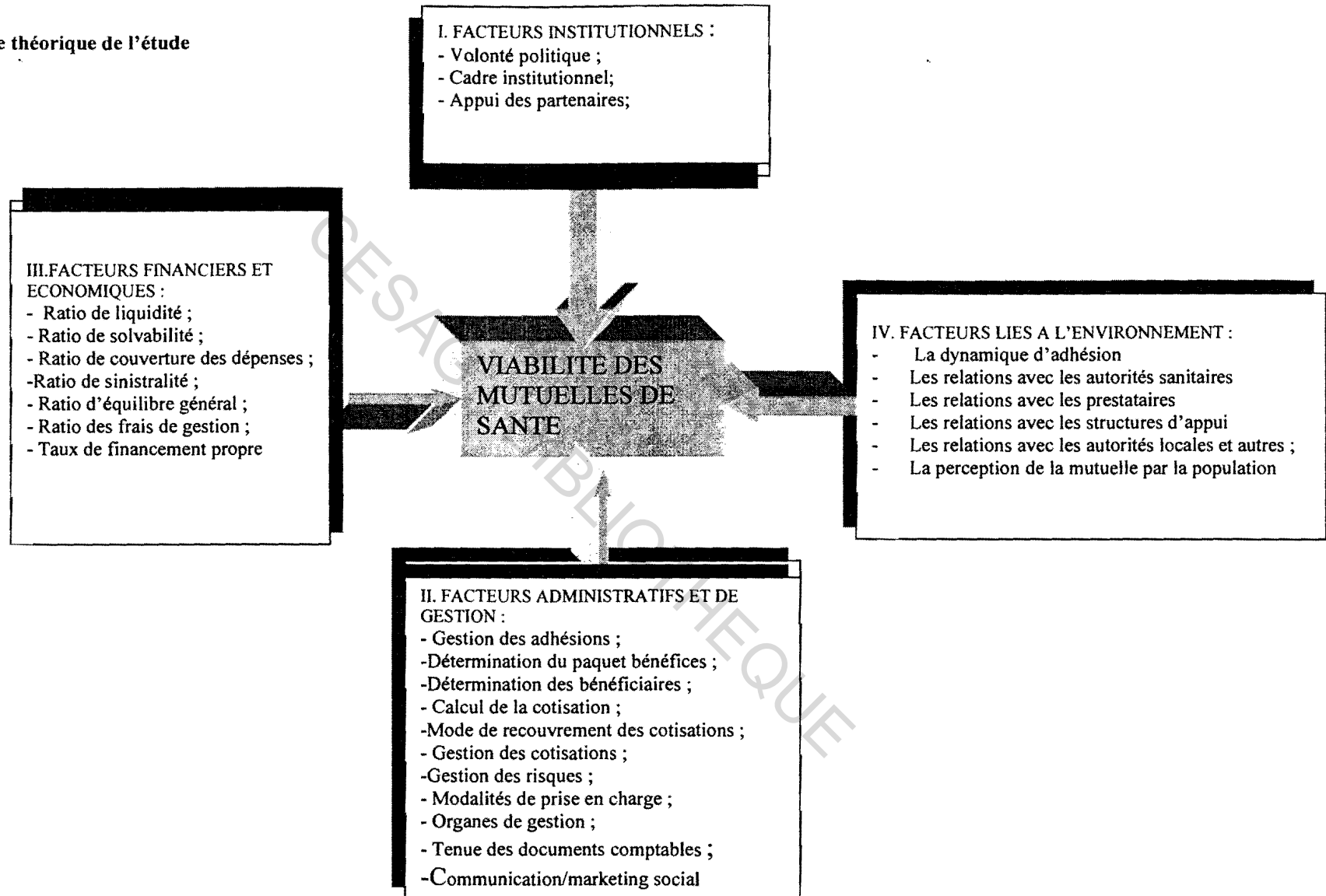
Tableau 5 : Variables à l'étude

CONCEPTS	DIMENSIONS	VARIABLES	INDICATEURS D'EVALUATION
VIABILITE	I. Viabilité institutionnelle	<ul style="list-style-type: none"> -Volonté politique ; -Cadre institutionnel; -Appui des partenaires; 	<ul style="list-style-type: none"> - Composition CA; - Modalités de mise en place des organes de la mutuelle ; - Existence d'un cadre institutionnel ; - Nombre de MS reconnues ; - Taux des MS ayant un RI et des statuts ; - Pourcentage des MS avec compte bancaire ;
	II. Viabilité administrative et de gestion	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des adhésions ; -Détermination du paquet bénéfices ; -Détermination des bénéficiaires ; - Calcul de la cotisation ; -Mode de recouvrement des cotisations - Gestion des cotisations ; -Gestion des risques ; - Modalités de prise en charge ; - Organes de gestion ; - Tenue des documents comptables ; - Communication/marketing social 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des organes de gestion - Existence des outils de gestion ; - Existence des outils de collecte ; - Montant des frais d'adhésion ; - Montant de la cotisation ; - Mécanismes de gestion des risques ; - Taux de prélèvement des frais de gestion
	III. Viabilité financière et économique	Variables de rendement financier et économique	<ul style="list-style-type: none"> - Ratio de liquidité ; - Ratio de solvabilité ; - Ratio de couverture des dépenses ; - Ratio de sinistralité ; - Ratio d'équilibre général ; - Ratio des frais de gestion ; - Taux de financement propre
	IV. Viabilité liée à l'environnement de la mutuelle	<ul style="list-style-type: none"> -Dynamique d'adhésion ; -Relations avec les autorités sanitaires ; -Relations avec les autorités locales et autres ; -Relations avec les prestataires -Relations avec les structures d'appui ; - Perception de la mutuelle par la population 	<ul style="list-style-type: none"> - Pourcentage de nouvelles adhésions ; - Degré de confiance accordé à la MS ; - Type d'appui des partenaires - Nombre de conventions signées avec les prestataires ; - Degré d'implication des CTD , des Associations et EMF ; - Nombre de réunions avec le SSD

Les variables ainsi définies permettront de mener notre étude et de faire une analyse optimale des facteurs de viabilité. En d'autres termes, il s'agit de voir comment évoluent les variables dépendantes et les variables indépendantes ainsi que les relations qui existent entre elles. A la fin , nous pourrons avoir des éléments d'appréciation des relations pertinentes des variables pouvant influencer sur la viabilité des mutuelles pilotes à l'étude. La figure 4 ci-dessus est une illustration du modèle théorique de l'étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Figure 4 : Le modèle théorique de l'étude



VII. Hypothèse de recherche

Le développement des mutuelles de santé comporte une forte potentialité dans le financement alternatif de la santé et est soutenu par les gouvernements et les partenaires au développement. Certains facteurs vont influencer sur la viabilité des mutuelles de santé . A partir de ces facteurs dont on a longuement parlé précédemment, l'hypothèse de recherche suivante a été formulée.

- La viabilité des mutuelles de santé est tributaire du respect des facteurs institutionnels, environnementaux, administratifs et financiers.

L'étude permettra de le prouver ou alors de l'infirmer.

VIII. PRESENTATION DES RESULTATS

VIII.1 La viabilité administrative et de gestion des mutuelles de santé

L'une des caractéristiques essentielles de viabilité de la mutuelle est l'organisation administrative et gestionnaire qui permet aux membres de participer effectivement à la vie de leur institution. La mise en place des organes de gestion de la mutuelle lui confère le pouvoir de décision à tous les niveaux, de la mise en place au contrôle, en passant par le fonctionnement. Une brève présentation des mutuelles à l'étude faite au chapitre relatif à la méthodologie va permettre d'identifier les organes de gestion, d'apprécier les adhésions, les cotisations, les outils de collecte et de gestion, les mécanismes de gestion des risques, l'offre et la demande des soins.

Toutes ces mutuelles sont jeunes et sont à leur première année d'existence. Le démarrage de l'appui conseil a eu lieu au premier trimestre 2003 avec la mise en place des Comités d'Initiative et le début de l'enregistrement des adhésions. Les études de faisabilité dans les districts de Manjo, Kumbo et Sa'a ont eu lieu en fin 2004. Les Assemblées Générales Constitutives ont eu lieu en août 2004 et les premières prestations ont commencé en décembre 2004.

En ce qui concerne la Musany, les organes de gouvernance (AG et CA) avaient déjà été mis en place à la date de l'évaluation ; les adhésions et les cotisations étaient enregistrées depuis le mois de mai 2004. Seulement, la mutuelle n'avait pas encore démarré avec la prise en charge des prestations, la caution de 150.000 FCFA exigée par prestataire soit quatre prestataires au total dépassant les disponibilités financières de la mutuelle.

Ainsi, en première année et se référant au tableau 4 déjà présenté dans la partie relative aux caractéristiques générales des mutuelles de santé :

- Le total des adhésions dans ces mutuelles est de 2.873 adhérents qui ont payé leurs droits d'adhésion et ont inscrit 13.616 bénéficiaires;
- Rapporté à la population cible, le taux de pénétration moyen des inscrits est de 2.6%.
- Le taux de pénétration moyen des inscrits, hors le district de Nylon est de 8.25%;

- Tous les adhérents n'avaient pas payé leur cotisation annuelle et ceux ayant payé deux mois de cotisation étaient de 772 sur les 2 734 (hors la Musany) ;
- Le nombre de bénéficiaires par mutuelle varie entre 960 et 3.935 ;
- La population cible est estimée à 462 353 personnes ;
- La population couverte représente 8.25% de la population cible ;

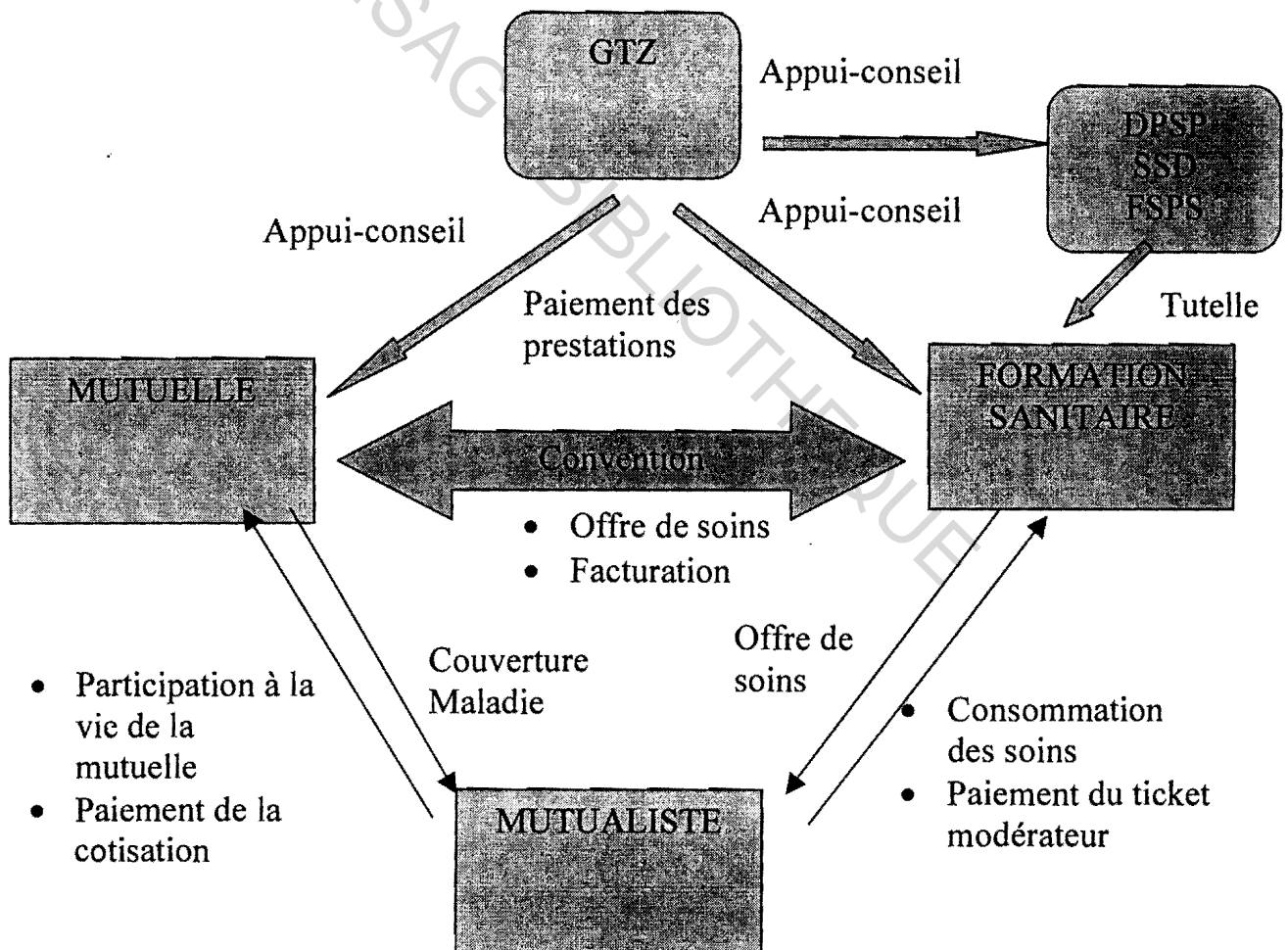
Toutes ces mutuelles sont implantées en milieu rural ou semi urbain, sauf la Musany qui est en milieu urbain.

VIII.1.1. L'offre et la demande de soins

Les différents acteurs qui interviennent dans les mutuelles développent entre eux des relations spécifiques qui se définissent autour du besoin de répondre à l'objectif assigné à ces mutuelles, à savoir, la prise en charge durable des dépenses de santé des adhérents et de leurs familles respectives.

Ces relations peuvent être schématisées comme suit :

Figure 5 : Relations entre les différents acteurs



Sur la base d'une convention signée entre le Président du Conseil d'Administration de la mutuelle et le Chef de service de santé du district ou le responsable de la formation sanitaire privée, les mutualistes reçoivent des soins à travers un système de tiers payant. Ce mécanisme consiste à procurer des soins aux mutualistes détenteur d'une lettre de garantie de la mutuelle, sans exiger une contrepartie financière à priori en dehors du ticket

modérateur. Les prestations sont facturées mensuellement à la mutuelle qui dispose d'un délai de deux semaines pour s'acquitter du montant de la facture. L'appui de la GTZ est un appui-conseil aux mutuelles et aux structures sanitaires.

L'hôpital de district de Sa'a a mis à la disposition des mutuelles des kits de soins avec des tarifs ; d'autre part , le Ministère de la Santé Publique exige que chaque formation sanitaire rende publics les prix des médicaments essentiels. Des réductions ont été accordées aux mutuelles lors de la signature des conventions et les tarifs sont nettement bas pour les mutualistes par rapport aux non mutualistes.

Le tableau 6 présente les mécanismes de prise en charge des prestations dans les mutuelles à l'étude.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 6 : Mécanismes de prise en charge des prestations

Mutuelles	Type de Prestataire Conventionné	Existence d'un système de référence	Utilisation d'une liste de Médicaments essentiels	Positionnement du prestataire public et du prestataire privé (octroi de réductions)	Modalités de prise en charge	Possibilité de substitution des ordonnances	Délai moyen de paiement des prestataires
Mutuelle de santé de Sa'a	- Hôpital de district - Hôpital privé catholique	NON	OUI	25% à l'HD	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé de Lebamzip	- Hôpital de district - Centre de santé	OUI	OUI	25%de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé de Ndong Elang	- Hôpital de district - Centre de santé	OUI	OUI	25%de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé de Nlong Onambélé	- Hôpital de district - Centre de santé	OUI	OUI	25%de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé Bibia	- Hôpital de district - Centre de santé	OUI	OUI	25%de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutual Health Organisation (MHO)	Hôpitaux privés catholiques	NON	NON	10% de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé de ManjoI	Hôpital de district	NON	OUI	20% de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Mutuelle de santé de Nlohè	- Hôpital de district - Centre de santé	OUI	OUI	20% de réduction	Tiers payant	NON	14jours
Musany	- Hôpital de district - Hôpital privé - Centres de santé	NON	-OUI (public) -NON (privé)	Dépôt d'une caution	Tiers payant	NON	Non déterminé

VIII.1.2. Les conditions d'adhésion et de prise en charge

Pour toutes les mutuelles à l'étude, c'est l'adhésion volontaire par famille. La taille moyenne retenue pour une famille est de cinq personnes. En cas de polygamie, la femme adhère avec les autres enfants. Les enfants bénéficiaires sont les tout-petits et ceux en âge de scolarisation.

Le droit d'adhésion s'élève à 1000 FCFA par adhérent, non remboursables. Ce droit est payé une fois pour toute la vie de la mutuelle, sauf pour la Musany où l'adhésion est annuelle.

Théoriquement, les droits d'adhésion sont destinés à la constitution des réserves. Les adhésions sont faites à tout moment de l'année.

Une période d'observation de deux mois est demandée avant le début de la prise en charge ; celle-ci est de douze mois pour les accouchements. Un nombre minimum de 100 adhérents à jour est exigé pour le début de la prise en charge par la mutuelle. En effet, à la suite des études de faisabilité, on est arrivé à l'idée selon laquelle la viabilité des mutuelles dépend de certaines mesures à prendre au départ, à savoir : la constitution des réserves et d'un fonds de roulement supérieur au niveau de la consommation des soins pour avoir un équilibre entre le taux de sinistralité et le taux de survenue des maladies.

VIII.1.3. La gestion des cotisations

La gestion des cotisations regroupe toutes les activités liées au calcul de la cotisation, à l'émission, au recouvrement et à l'encaissement des cotisations.

a-Le calcul de la cotisation

Le montant de la cotisation a été calculé sur la base d'éléments socio-économiques spécifiques liés à chaque contexte prenant en compte :

- le profil épidémiologique
- le risque maladie au sein des populations cibles
- la qualité des prestations offertes
- la capacité à payer des populations cibles
- leur disposition à payer

Le calcul de la cotisation s'est fait suivant deux méthodes complémentaires : celle basée sur les statistiques des formations médicales (méthode dite du BIT/STEP) et celle basée sur les résultats de l'enquête.

Tableau 7 : Calcul de la cotisation avec ticket modérateur de 25%

Si ticket modérateur de 25% obligatoire pour sécurité du système							
RISQUES	P	V	TPE	CB	TI	PG	CN
Consultation et médicaments	0,37	3 407	0,75	945,44	94,54	94,54425	1134,531
Accouchements	0,014	5 250	0,75	55,13	5,51	5,5125	66,15
Petite chirurgie	0,067	6 908	0,75	347,13	34,71	34,7127	416,5524
Chirurgie	0,013	117 852	0,75	1,149,06	114,91	114,9057	1378,8684
TOTAL				2 496,75	249,68	249,67515	E »2996,10 18

Source : Rapport du SAILD

P = la probabilité

V= la vulnérabilité

TPE = le taux de prise en charge

CB= cotisation brute

TI= Taux d'insécurité
PG= Prime de gestion
CN= cotisation nette

Les modes de calcul des cotisations ont initialement prévu une marge de sécurité de 10%. Cette marge a été réaffectée à la couverture des charges de gestion qui étaient à 10% et que l'on a estimée très faible pour pouvoir couvrir toutes les charges de gestion ; ce qui a amené ce taux à 20% .

Le montant de la cotisation s'élève à 250FCFA par mois, soit 3000FCFA par an et par bénéficiaire. La MHO a retenu une cotisation mensuelle de 400FCFA par mois et par bénéficiaire.

A la Musany , la cotisation mensuelle s'élève à 600FCFA, calculée sur la base du coût moyen annuel de 5 600FCFA de dépenses par patient dans les formations sanitaires dans le district de Nylon, soit 466.6 FCFA par mois

b- Le mode de recouvrement des cotisations

Les cotisations doivent être versées avant le 10 du mois ; le recouvrement est fait soit par le gérant auprès de l'association, soit par les administrateurs .

VIII.1.4. La détermination du paquet bénéfices et la prise en charge

Il s'agit des prestations couvertes par la mutuelle pour les bénéficiaires ayant terminé la période d'observation et à jour de leur cotisation.

Les soins ambulatoires, les hospitalisations et les interventions chirurgicales en urgence ou programmées sont couverts à 75%. Les soins ambulatoires ne sont pas contenus dans le paquet- bénéfices à MHO. La Musany n'a pas institué le ticket modérateur comme partout ailleurs et prend en charge à 100% les prestations autres que les chirurgies non programmées et les hospitalisations qui sont supportées à hauteur de 15%.

Le tableau N°8 ci-contre montre la situation par mutuelle ainsi que les taux de prise en charge.

Tableau 8 : Prestations couvertes par mutuelle et prise en charge

Produit	Mutuelle de SA'A	MHO	Mutuelle de Manjo 1	Mutuelle de Lebamzip	Mutuelle de Nlong Onambélé	Mutuelle de Ndong Elang	Bibia	Mutuelle de N'lohé	Musany
Statut du Prestataire	Public	Privé	Public	Public	Public	Public	Public	Public	Public/ Privé
Consultations curatives	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	100%
Hospitalisations médicalisées	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	15%
Accouchements simples	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	100%
Accouchements compliqués	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	75%	100%
Césariennes	75%	75%	60%	75%	75%	75%	75%	75%	15%
Interventions chirurgicales en urgence	75%	75%	60%	75%	75%	75%	75%	75%	15%
Interventions chirurgicales programmées	75%	75%	60%	75%	75%	75%	75%	75%	
Ticket modérateur	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	
Plafond des soins ambulatoires	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	
Plafonnement des hospitalisations médicalisées	60.000	80.000	60.000	60.000	60.000	60.000	60.000	60.000	100%
Plafonnement des chirurgies	150.000	120.000	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	150.000	
Montant de la cotisation/personne/an	3 000	4.800	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	7.200

VIII.1.5. Organes de gestion de la mutuelle

La participation effective des mutualistes à la vie de la mutuelle constitue un élément essentiel du mouvement mutualiste.

Cette participation se fait à travers les structures de gestion et de participation mises en place pour le fonctionnement et le suivi de leur organisation :

- ✓ Une Assemblée Générale composée des membres de la mutuelle comme organe délibérant ;
- ✓ Un Conseil d'Administration élus par les adhérents sur la base de listes électorales ;
- ✓ Un Comité exécutif ou Bureau Exécutif constitué de membres élus par le Conseil d'Administration ;
- ✓ Une Commission de contrôle composée de membres élus par l'Assemblée Générale.

Tous ces organes ont été mis en place d'une manière démocratique avec la participation effective des membres adhérents au cours de l'Assemblée Générale Constitutive.

La méthodologie suivie, en s'appuyant sur un Comité d'Initiative, a permis de sensibiliser une part significative de la population cible.

Quel rôle est assigné à chacun de ces organes ?

L'Assemblée Générale définit la politique générale de la mutuelle de santé. Elle est l'organe suprême, car elle réunit tous les membres adhérents de la mutuelle. Elle élit les membres du Conseil d'Administration ainsi que ceux du Comité de contrôle dont elle approuve les rapports d'activités.

Le Conseil d'Administration assure la gestion de la mutuelle. Il nomme un Coordonnateur et un secrétaire caissier. Ces deux personnes constituent les membres du Bureau Exécutif.

Le Bureau Exécutif, organe exécutif principal, est chargé de liquider les affaires courantes, à savoir les tâches administratives quotidiennes, la bonne exécution du budget approuvé par le CA, l'organisation des activités, etc.

Le Comité de contrôle est chargé de contrôler les activités du Conseil d'Administration et du Bureau Exécutif.

Le secrétaire caissier est en réalité le gérant de la mutuelle. Il est payé par la Communauté et tient les comptes et délivre les lettres de garantie.

Les outils de collecte de l'information sur les cotisations, les adhésions et les prestations ont été élaborés. Il s'agit de :

- ✓ Registre des adhésions
- ✓ Registre des cotisations
- ✓ Carte d'adhésion
- ✓ Registre des prestations

VIII.1.6. Système de gestion et de contrôle

Le système de gestion et de contrôle développé dans ces mutuelles pilotes est le suivant :

- ✓ Recrutement d'un gestionnaire à temps plein chargé de la réalisation des opérations comptables , de la délivrance des lettres de garantie et des relations avec les prestataires ;
- ✓ Encaissement des cotisations à des dates fixes par le gestionnaire ;
- ✓ Standardisation des outils de gestion et des procédures ;
- ✓ Mobilisation des associations pour la collecte des cotisations des mutualistes ;
- ✓ Collecte des cotisations par les administrateurs contre la délivrance d'un reçu provisoire Possibilité de versement des cotisations au gestionnaire directement ;
- ✓ Tenue par le gestionnaire des outils de gestion :
 - Registre des bénéficiaires
 - Registre des cotisations
 - Registre des lettres de garantie
 - Registre des prestations
 - Livre de caisse
 - Livre de banque
 - Facturier
 - Livret de membre remis au mutualiste
 - Tableau de bord

VIII.1.7 Marketing/Communication (Formation et sensibilisation)

La formation et la sensibilisation constituent des activités phare dans la mise en place des mutuelles de santé.

Lors des études de faisabilité, la sensibilisation a été réalisée auprès des associations de quartier par des élus qui ont constitué un comité d'initiative ; après l'Assemblée générale constitutive, cette activité s'est poursuivie et est menée par les élus.

Pour ce qui est de la formation des acteurs, les administrateurs des mutuelles à l'étude n'ont pas reçu toute l'information nécessaire pour l'exercice de leurs fonctions , les input en formation ayant été concentrés sur les membres du Bureau Exécutif.

VIII.1.8. Gestion des risques

Des mécanismes de gestion des risques ont été prévus. Ce sont :

- Le ticket modérateur : il représente 25% du montant de la facture. C'est un pourcentage fixe sur les frais médicaux que le mutualiste supporte. Il représente 25% du prix de la consultation ;
- Le plafonnement des prises en charge : il est fixé à 150 000 FCFA pour les interventions chirurgicales , à 60 000 FCFA pour les hospitalisations médicalisées et à 30.000FCFA pour les consultations externes. Le mutualiste supporte lui-même tous les frais engagés dépassant ce plafond.
- La référence obligatoire : ce mécanisme fixe les règles d'accès aux soins dans une formation sanitaire de niveau supérieur. Aucun mutualiste ne peut se rendre dans une formation sanitaire de deuxième niveau pour le compte de la mutuelle, sans une référence du premier niveau.
- Le contrôle social : le développement des mutuelles de santé à l'étude se fait au niveau de l'aire de santé et sur des bases associatives traditionnelles de solidarité existantes. Tout le monde ici se connaît et sait qui fait quoi.

- L'identification des mutualistes et de leurs ayants droits : la mise en place d'un système de livret de membre avec les photos des bénéficiaires.
- D'autres dispositions sont prévues allant dans le sens de limiter les fraudes et les abus ;c'est ainsi qu'il est exigé pour les interventions chirurgicales programmées, le paiement de la totalité de la cotisation annuelle pour pouvoir en bénéficier.
- L'exclusion des maladies chroniques dans le paquet bénéfices. La prescription exclusive des médicaments essentiels.

Le tableau N°9 ci-après présente les résultats sur la viabilité administrative et de gestion.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 9 : Indicateurs de viabilité administrative et de gestion

Indicateurs	Mutuelles de santé								
	Mutuelle de SA'A	MHO	Mutuelle de Manjo 1	Mutuelle de Lebamzip	Mutuelle de Nlong Onambélé	Mutuelle de Ndong Elang	Bibia	Mutuelle de N'lohe	Musany
Existence des organes de gestion et de participation	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC	AG, CA, BE, CC
Existence des outils de collecte	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, -Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations ,Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations ,Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, Carte d'adhésion -Registre des prestations	-Registre des adhésions, -Registre des cotisations, Carte d'adhésion -Registre des prestations
Existence des outils gestion	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livre de caisse, -Livre de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord	Registre/bénéficiaires, Registre/cotisations, -Registre/lettres de garantie, Registre/prestations, -Livret de caisse, -Livret de banque, -Facturier, -Livret de membre avec photo, -Tableau de bord
Montant de la cotisation	3 000	4.800	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	7.200

Mécanismes de gestion des risques	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Ticket modérateur Plafonnement/pr estations -Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie	-Référence obligatoire - Paiement par épisode de maladie -Contrôle social - Lettre de garantie - Période d'observation - Prescription exclusive MEG - Adhésion en groupe -Fonds de garantie
Taux de prélèvement des frais de gestion	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%	10%

VIII.2. La viabilité institutionnelle

La viabilité institutionnelle d'une mutuelle de santé réfère à sa capacité à mettre en place un dispositif apte à régir et à réguler le système et de ce fait, à protéger et à assurer la garantie des actions menées. Il s'agit de :

VIII.2.1. La volonté politique et le cadre législatif

Le Cameroun est tenu de créer un environnement propice au développement des mutuelles de santé. Ce rôle se concrétise par :

- la définition d'un cadre législatif et réglementaire favorable à l'émergence des mutuelles de santé ;
- la mise en place d'un cadre institutionnel ;
- l'amélioration de l'offre de soins à travers entre autres, la construction/réhabilitation des formations sanitaires et leur viabilité ;
- l'élaboration d'une politique partenariale

Il n'existe pas encore un cadre législatif sur les mutuelles de santé au Cameroun. En attendant, c'est la loi sur les ONGs et celle sur les associations qui s'appliquent. Il s'agit de la loi N°99/014 du 22 décembre 1999 et de la loi N°99/011 du 20 juillet 1999.

Toutes les mutuelles à l'étude ont une reconnaissance légale en tant qu'associations. Toutes ces mutuelles ont élaborées des statuts et un règlement intérieur qui régissent leur bonne marche.

Seule la mutuelle de Sa'a avait un compte bancaire lors de l'évaluation, alors même que cette disposition est prévue dans les statuts de toutes les mutuelles.

VIII.2.2. L'appui du partenaire allemand GTZ

Les partenaires extérieurs qui appuient la mise en œuvre des programmes de santé ont entrepris la promotion des mutuelles de santé. Il s'agit de la Coopération technique allemande, de l'Union européenne, de la coopération française et de la Coopération technique belge. Cet appui est financier mais surtout technique avec un accent sur la formation, pour une autonomisation des mutuelles.

La Coopération technique allemande apporte un appui considérable à ces mutuelles de santé en plus du fait qu'elle en est le promoteur. Cet appui est multidisciplinaire et porte sur les aspects suivants :

- ✓ Formation, sensibilisation ;
- ✓ Matériel informatique pour une gestion informatisée des mutuelles ;
- ✓ Négociation des mesures prudentielles ;
- ✓ Appui financier ;
- ✓ Implication des organes de gestion à la réflexion au niveau national la mutualité ;
- ✓ Négociations avec les prestataires de soins ;
- ✓ Accompagnement de la gestion, du suivi et de l'évaluation.

La formation des administrateurs des mutuelles a constitué le volet essentiel de l'appui ; elle a porté sur les aspects suivants :

- ✓ La gestion administrative ;
- ✓ La gestion financière ;
- ✓ la connaissance du mouvement mutualiste ;

Cet appui contribue à la vie des mutuelles de santé, du moins dans la phase de démarrage jusqu'à l'autonomisation. Et c'est ce que la GTZ a entrepris dans son accompagnement aux mutuelles à l'étude.

La GTZ prévoit en 2005-2006 des activités visant le suivi et le renforcement des acquis avec comme objectifs immédiats :

1. Consolider les mécanismes de collecte des cotisations par le renforcement de l'implication des associations, Entreprises de micro finance et autres groupements sociaux ;
2. Consolider la gestion des mutuelles à travers un appui-conseil de proximité par la création d'unions de mutuelles au niveau du district ;
3. Contribuer à la mise en place d'un centre national de promotion de la mutualité au Cameroun à partir la capitalisation des expériences en cours.

VIII.3. La viabilité liée à l'environnement de la mutuelle

VIII.3.1 Relations avec les prestataires

Deux types de positionnement des prestataires ont été observés dans les sites visités :

- prestataire fournisseur de soins : dans ce cas, la relation entre les formations sanitaires et la mutuelle se limitent à la négociation des conditions de délivrance des soins. C'est ce qui s'est passé à Kumbo où les négociations avec les Hôpitaux confessionnels de Shisong et du Bansa Baptist Hospital se sont limitées à l'octroi des réductions tarifaires de l'ordre de 10%.

- Prestataire partenaire : ce partenariat existe avec toutes les formations sanitaires publiques dans les Districts de santé de Sa'a et Manjo à travers : l'octroi des réductions tarifaires, la proposition d'une tarification forfaitaire, la mise à la disposition des mutuelles des locaux au sein de l'hôpital, la recherche de solutions pour la réduction du temps d'attente des malades, un engagement pour réserver un bon accueil aux mutualistes et de les exempter des pratiques illicites existant.

On pourrait citer comme points forts de la négociation :

- Une réduction sur tous les actes de 15% et de 5% sur les examens de laboratoire ;
- L'obligation de produire immédiatement des Kits pour toutes les chirurgies et progressivement des protocoles pour les autres soins ;
- La signature des conventions avec les formations sanitaires publiques par le chef de district des services de santé ;
- L'acceptation d'un médecin-conseil qui aura la latitude d'accéder à tous les registres de soins.

Le médecin-chef de l'Hôpital de District de Sa'a et le Chef de service de santé de la même localité sont fortement impliqués dans la vie de la mutuelle à travers l'imprégnation de tout le personnel de santé sur les modalités de prise en charge des mutualistes, l'amélioration de la qualité des soins et services.

VIII.3.2 Relations avec la population

Les populations cibles sont en général favorables au développement des mutuelles de santé. Des adhésions massives au démarrage de la sensibilisation en 2004 l'ont fait constaté. Ce sentiment a été également ressenti lors des assemblées générales constitutives au cours desquelles les populations, les autorités administratives et sanitaires ont participé à la mise en place des organes de gestion des mutuelles.

Le mouvement associatif, très développé au Cameroun , a permis de sensibiliser une grande partie de la population cible lors des assises mensuelles et au cours desquelles les

membres des comités d'initiative intervenaient pour promouvoir le développement des mutuelles de santé. Ceci a facilité des adhésions par groupes associatifs .

VIII.3.3 Relations avec les Entreprises de micro finance

Des pistes de collaboration avec des Entreprises de micro finances ont pu être identifiées dans l'aire de santé de Lebamzip avec CEVECA. Le projet GTZ a organisé des séances de travail pour explorer les pistes de collaboration envisagée avec les mutuelles de santé.

VIII.3.4. Relations avec les collectivités décentralisées

Les collectivités locales et les mutuelles ont des intérêts communs, notamment celui de promouvoir l'accès aux soins à la population. Il devient donc nécessaire pour les deux organisations de sceller des partenariats pour la mobilisation des populations et des ressources financières, pour le développement des communautés.

L'implication des Communes dans la mise en place des mutuelles de santé à Manjo, à Sa'a et à Kumbo notamment a été un facteur de mobilisation des populations dans ces localités. En effet ce sont les maires de ces localités qui ont été à l'initiative de l'intervention de la coopération allemande. D'autre part, la Mairie de Kumbo a offert un local pour abriter la mutuelle.

Le budget de la commune de Manjo a prévu, pour le compte de l'exercice budgétaire 2005, de contribuer pour 1 000.000 FCFA au financement des mutuelles de santé de Manjo et de N'lohé. Cette subvention, si elle est reconduite annuellement, pourra avoir un impact significatif sur la viabilité des mutuelles bénéficiaires.

Les comités de santé participent également dans la promotion des mutuelles de santé en jouant un rôle significatif dans la sensibilisation des personnes qui n'appartiennent à aucun groupe organisé.

VIII.4. La viabilité financière et économique

La bonne utilisation des outils de gestion garantit une maîtrise de la gestion financière de la mutuelle et favorise sa viabilité.

Les indicateurs de viabilité disponibles au moment de l'enquête sont présentés dans la matrice des indicateurs de viabilité financière et économique présentée sur le tableau N°10 ci-contre.

Tableau 10 : Matrice des indicateurs de viabilité financière

MATRICE DES INDICATEURS DE VIABILITE FINANCIERE ET ECONOMIQUE									
INDICATEURS	MUTUELLES DE SANTE PILOTES								
	Musany	Sa'a Centre	Lebamzip	Ndong Elang	Nlong Onambélé	Bibia	MHO	Manjo I	N'lohé
Ratio de liquidité	ND	4.43	4.96	2.59	4.37	5.14	2.28	4.66	2.68
Ratio de solvabilité	ND	571	644	340	587	657	267	706	1171
Ratio de couverture des dépenses (en mois)	ND	40.51	69.61	398	67.63	86.12	19.53	87	ND
Ratio de sinistralité	ND	15.12	8.35	1.84	9.60	10.62	32.76	11.15	ND
Taux de financement propre	ND	226.56	159.95	240.69	140.03	169.73	169.47	226.77	74.65
Ratio des cotisations acquises sur charges	ND	1.48	1.08	0.73	0.90	0.95	1.91	1.44	0.38
Ratio des frais de gestion	ND	10	11.32	11.77	12.55	10.71	7.23	3.83	8.53
Réserves (en FCFA)	ND	399.600	197.100	216.900	184.500	277.200	1.394.100	759.600	149.400
Coûts cachés valorisés	ND	265.000	265.000	265.000	265.000	265.000	290.000	290.000	265.000
Taux de recouvrement des cotisations	ND	62	80	68	54	74	67	55	29

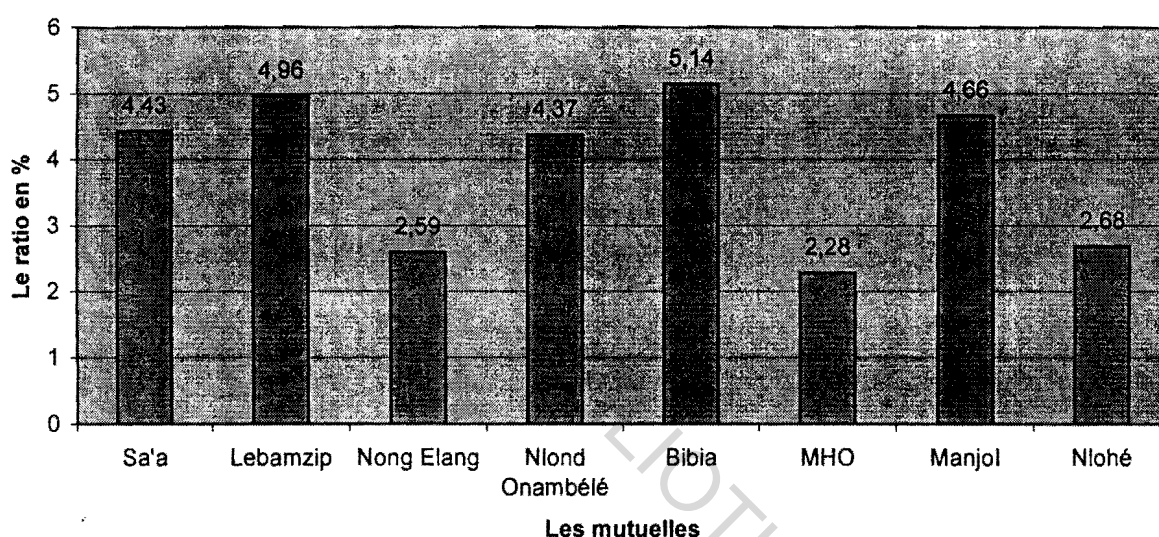
D'emblée, il convient de signaler que la mutuelle dénommée Musany n'ayant pas démarré les prestations au moment de l'évaluation, il n'a pas été possible de faire une analyse économique et financière comme pour les autres mutuelles, faute de données réelles. Il en est de même pour la mutuelle de santé de N'lohé où il n'a pas été possible de calculer les ratios de couverture des dépenses et de sinistralité par ce que les états sur les dépenses n'étaient pas prêts lors de l'évaluation.

VIII.4.1 Le ratio de liquidité immédiate (R.Liq)

La capacité des mutuelles pilotes à faire face aux dettes à court terme est partout satisfaisante sur une période allant jusqu'à 4 mois sans faire appel aux emprunts.

Ce ratio est donc supérieur à 1 dans toutes les mutuelles.

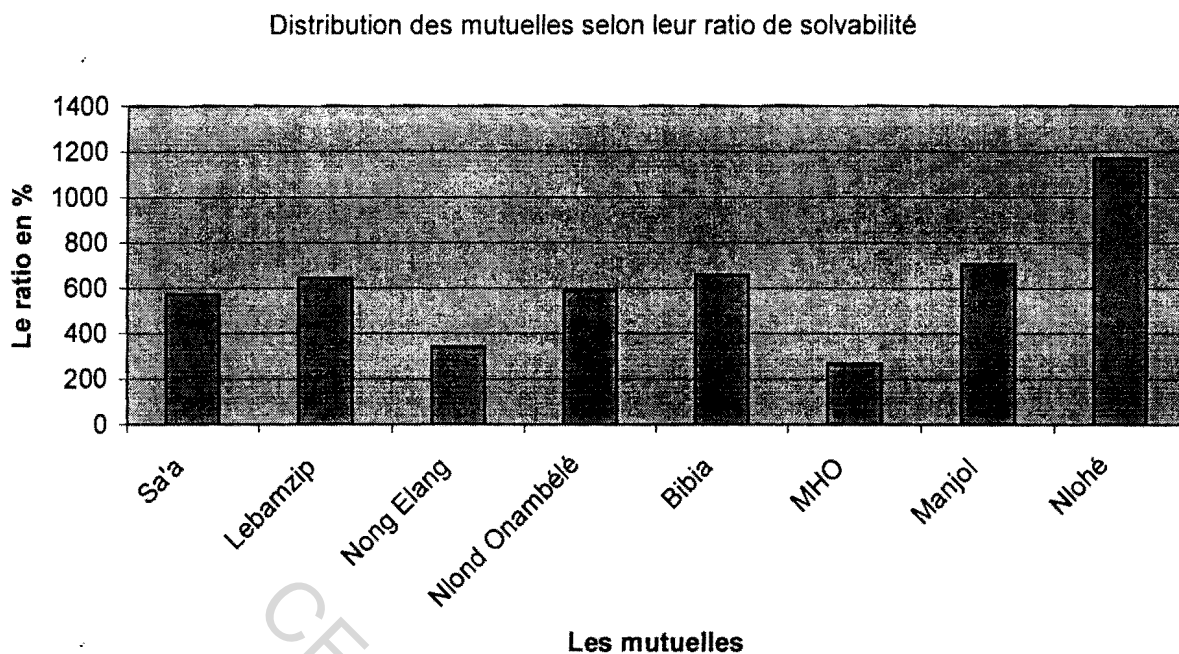
Figure 6 : Distribution des mutuelles selon le ratio de liquidité immédiate



VIII.4.2. le ratio de solvabilité (R.Solv) ou ratio de capitaux propres

La tendance générale montre que toutes ces mutuelles sont crédibles. La mutuelle la plus solvable est la mutuelle de ManjoI avec un ratio de solvabilité de 706. Le ratio de N'lohé, 1171 cache une réalité, cette mutuelle n'ayant pas fait ressortir l'état des prestations sur la période.

Figure 6 : Distribution des mutuelles selon leur ratio de solvabilité

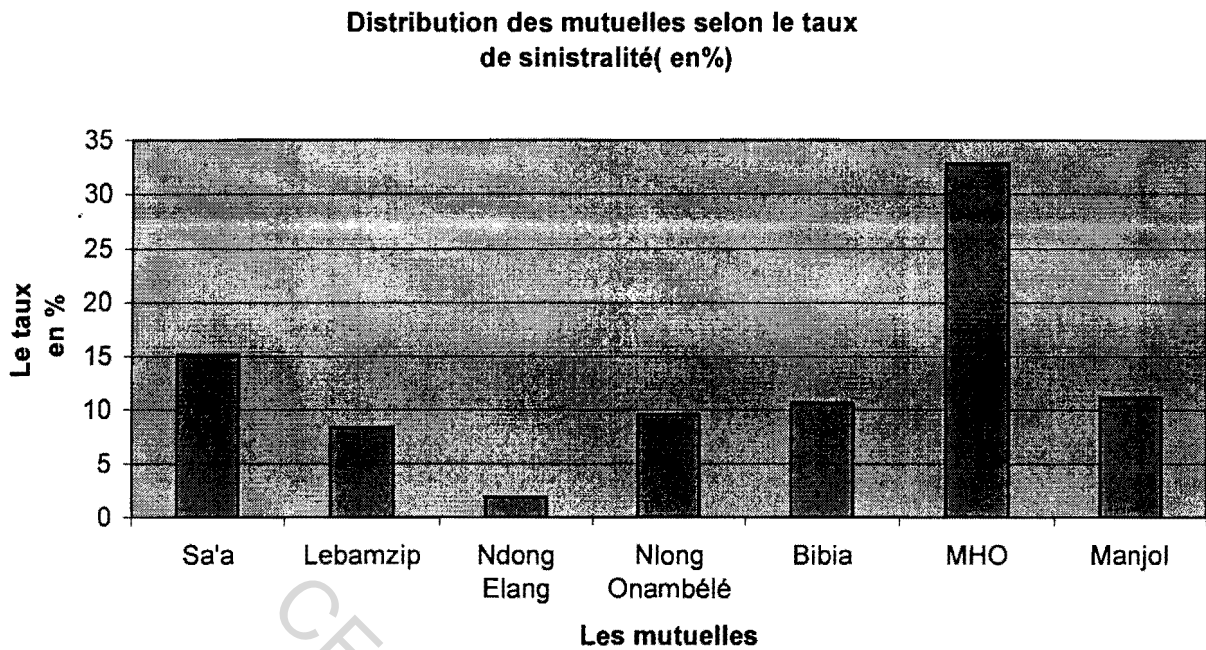


VIII.4.3. Le taux de sinistralité (TS)

Au stade actuel du fonctionnement de ces mutuelles, seule MHO présente un taux significatif de sinistralité (32.76%) qui permet de dire que la mutuelle a consacré ses ressources à la consommation médicale de ses membres.

Pour toutes les autres mutuelles il faudra encore un peu de temps pour pouvoir se prononcer sur le niveau de sinistralité.

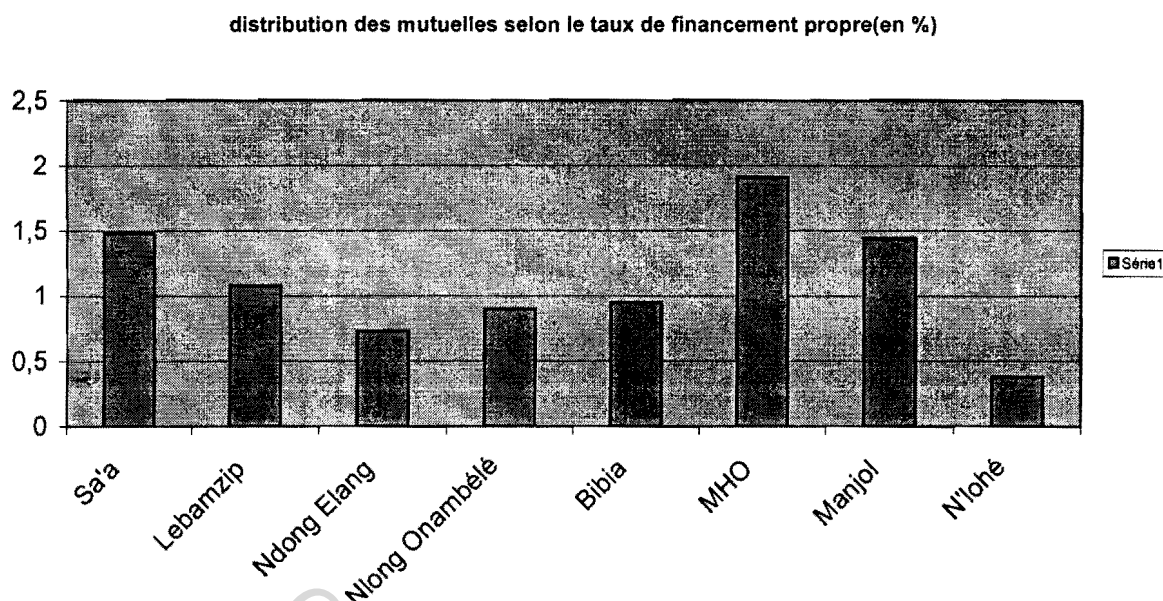
Figure 7 : Distribution des mutuelles en fonction du taux de sinistralité



VIII.4.4. Le ratio de cotisations acquises sur charges ou ratio d'équilibre général (RCo.Aq)

Ce ratio permet de déterminer la proportion des charges y compris les coûts cachés qui ont été valorisés et qui pourraient être couvertes par les cotisations acquises au cours de l'année. Quatre mutuelles sur neuf ont un ratio ≤ 1 . Il s'agit de Ndong Elang, Nlong Onambélé, Bibia et N'lohé où un accent doit être mis sur la sensibilisation en vue de la mobilisation des cotisations.

La moitié des mutuelles présente un ratio d'équilibre général > 1 , ce qui atteste de leur capacité à couvrir leurs charges par les cotisations.

Figure 8: Distribution des mutuelles selon le taux de financement propre

Ces ratios sont encourageants à Sa'a, Lebamzip, Manjo et MHO, soit environ 50% de l'ensemble des mutuelles à l'étude.

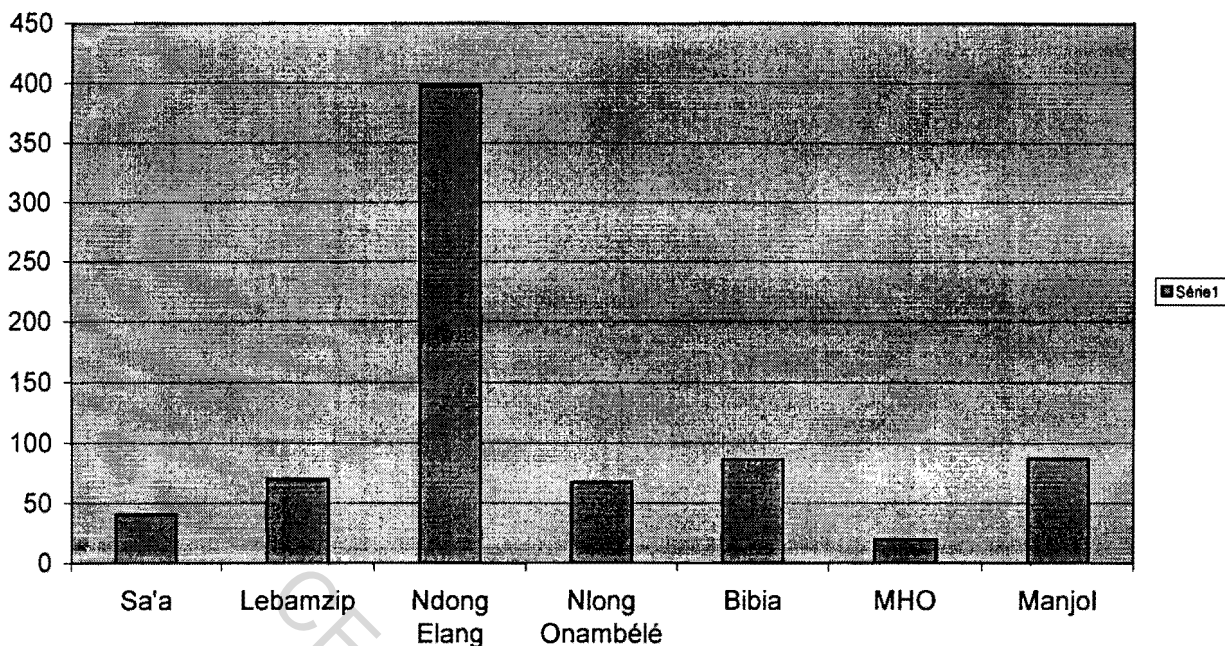
Il faut relever que les coûts cachés valorisés dans les charges totales portent sur l'animation, le loyer, l'amortissement de l'outil informatique et du mobilier de bureau.

VIII.4.5. Le ratio de couverture des dépenses (RCD)

Cet indicateur permet de dire que les mutuelles sont en mesure de faire face à des situations exceptionnelles d'urgence comme une épidémie.

La matrice d'indicateurs fait constater que la quasi-totalité des mutuelles à l'étude est en mesure de faire face aux événements imprévus pour une durée d'au moins 10 mois avec des maxima de 398 mois pour la mutuelle de Ndong elang, 87 mois à Manjo, 86.12 à Bibia, 69.61 à Lebamzip, 67.63 à Nlong Onambélé, 40.51 à Sa'a .

Figure 9: Distribution des mutuelles selon le ratio de couverture des dépenses



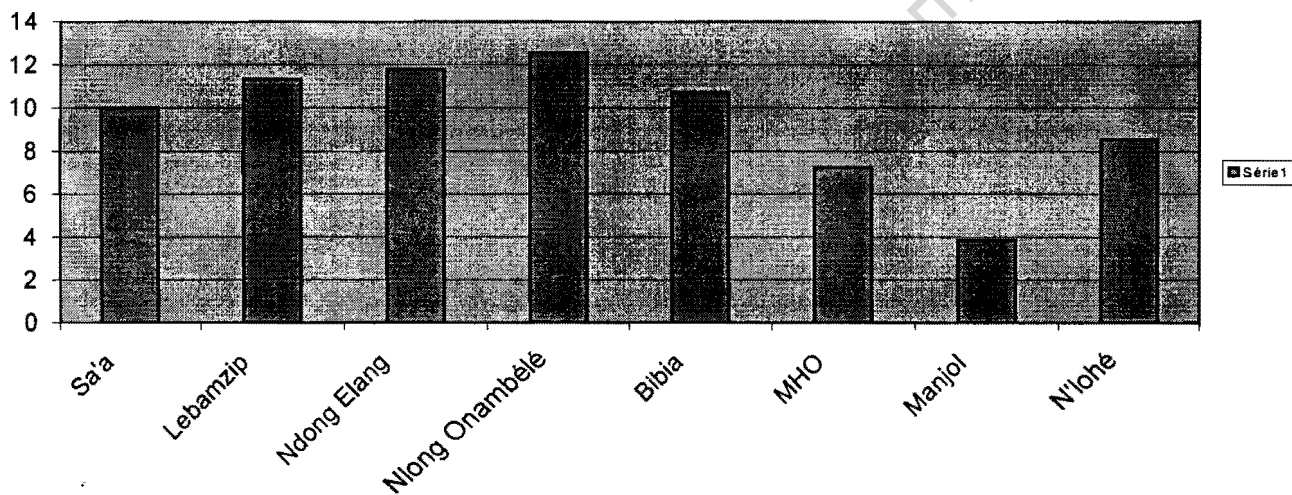
VIII.4.6. Le ratio des frais de gestion

Le principe voudrait que le ratio des frais de gestion d’une mutuelle ne dépasse pas 5%, ou au pire des cas, 10%

La matrice des indicateurs fait apparaître des ratios de frais de gestion allant de 3.83 à Manjol à 12.55 à Nlong Onambélé avec une moyenne générale de frais de gestion de 9.49%.

Figure 10: Distribution des mutuelles selon le ratio des frais de gestion

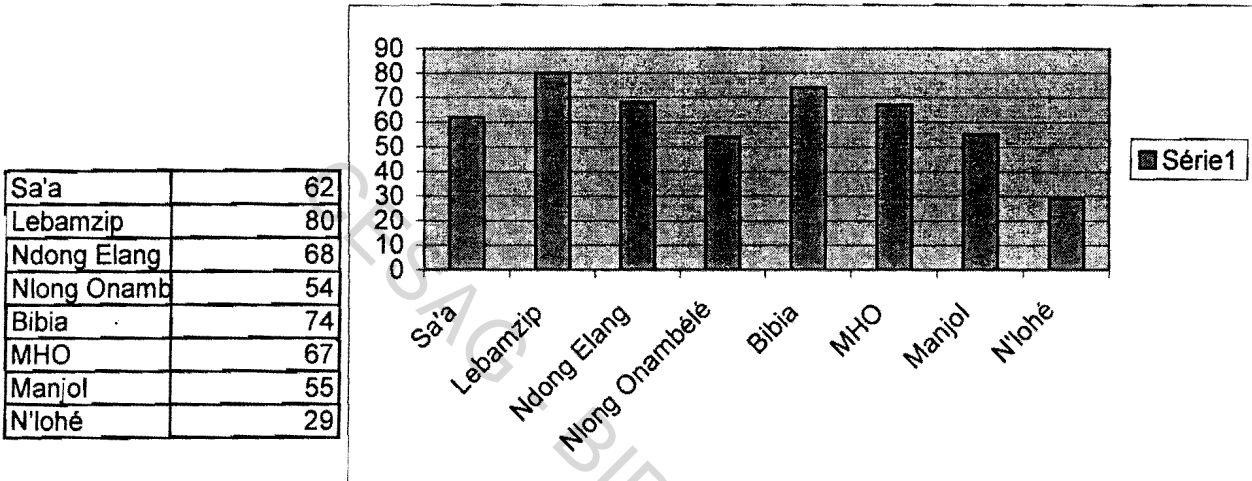
Distribution des mutuelles selon le ratio des frais de gestion(en%)



VIII.4.7. Le taux de recouvrement des cotisations (Tx.RC)

Le taux de recouvrement moyen des cotisations est de 61.12% . Le taux le plus bas se situe à N'lohé (20%) où un effort de recouvrement des cotisations est à faire. Ceci est d'ailleurs valable partout, ce taux étant encore loin de 100%.

Figure 11: Distribution des mutuelles en fonction du taux de recouvrement des cotisations



VIII.4.8. Le taux de financement propre (Tx.FP)

Pour pouvoir calculer le taux de financement propre des mutuelles à l'étude, il a fallu procéder à la valorisation des coûts cachés, c'est-à-dire à l'estimation des coûts des activités et services fournis gratuitement à chaque mutuelle . L'estimation a été faite mensuellement, les mutuelles n'ayant pas encore atteint une année d'existence.

Ainsi, toutes les mutuelles bénéficient des services gratuits qu'il fallait valoriser ou pour lesquels il fallait prévoir un amortissement dans le temps. L'amortissement de l'outil informatique acquis pour un montant de 500.000FCFA, là où il existe, est fait sur un taux de 5% et sur une période de 5ans, soit 25.000FCFA par mois ; le mobilier de bureau, d'un montant de 100.000FCFA a été amorti à 5% par mois sur une durée de 5ans. Le coût mensuel du local abritant la mutuelle a été estimé à 10.000FCFA par mois. Quant à l'animation, un montant fixe de 250.000FCFA est payé tous les mois à un animateur par la coopération allemande.

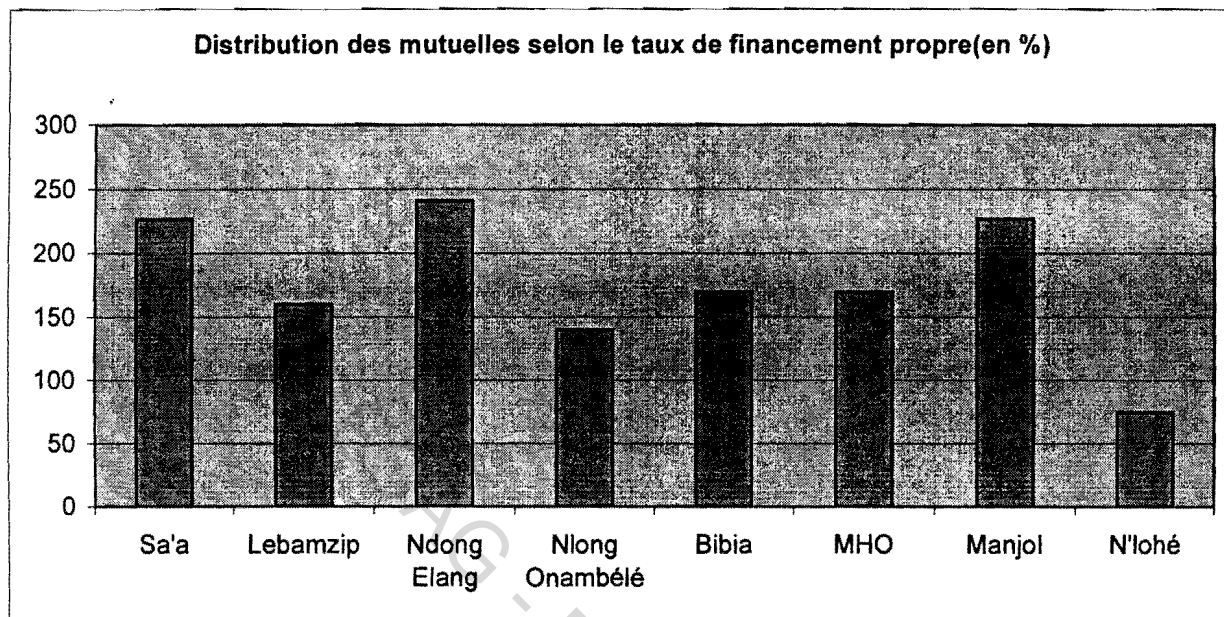
Le tableau N°10 mentionne ces éléments ainsi que leur valeur.

Le résultat de la matrice montre que 100% des mutuelles arrivent à couvrir l'ensemble des charges par leurs propres ressources, ce taux étant ≥ 100 partout.

La situation de N'lohé est préoccupante : elle ne parvient pas à couvrir ses charges hors consommation médicale avec ses ressources propres, son taux de financement propre étant

de 74.65%. Cette mutuelle est dépendante de l'aide extérieure pour survivre par rapport aux autres mutuelles et des efforts pour la collecte des cotisations sont à faire.

Figure 12 : Distribution des mutuelles selon le taux de financement propre



IX. Résultats de l'Analyse en Composantes Principales (ACP)

L'analyse en Composantes Principales permet de « voir » les principaux facteurs explicatifs de la viabilité des mutuelles à l'étude ainsi que les relations entre ces facteurs, les ressemblances et les dissemblances, leur structuration.

Un poids uniforme égal à 1 a été attribué à toutes les mutuelles.

L'analyse est faite à partir des deux premières composantes principales dont la trace est égale à 16 et dont les deux premières valeurs propres expliquent à elles seules environ 74.43% de l'inertie totale.

Les variables retenues pour l'analyse sont :

Ratio de Liquidité : R.LQ
 Ratio de solvabilité : RSO
 Taux de sinistralité : TS
 Ratio de cotisations Acquisées : RCAq
 Ratio de couverture des dépenses : RCD
 Ratio des frais de gestion : RFG
 Taux de recouvrement des cotisations : TRC
 Taux de financement propre : TFP
 Subventions : SUBV
 Coûts cachés valorisés : CCv
 Période d'observation : PO
 Montant de la cotisation : MCOT
 Réserves : RES
 Taux de pénétration : TPEN
 Bénéficiaires en année1 :BA1
 Nombre d'adhérents : NA
 Coût moyen d'une consultation : CMCO

Les variables qualitatives ont été codées pour les besoins de l'analyse. Il s'agit de : l'incitation publique à l'utilisation des formations sanitaires publiques (INCP) et du mode de recouvrement des cotisations (MRC). Le codage a été effectué comme suit :

Tableau 11 : Codage des variables qualitatives

	INCP	MRC
Modalités	Oui=1	Oui=1
	Non=0	Non=0

Figure 13: Résultats de l'ACP

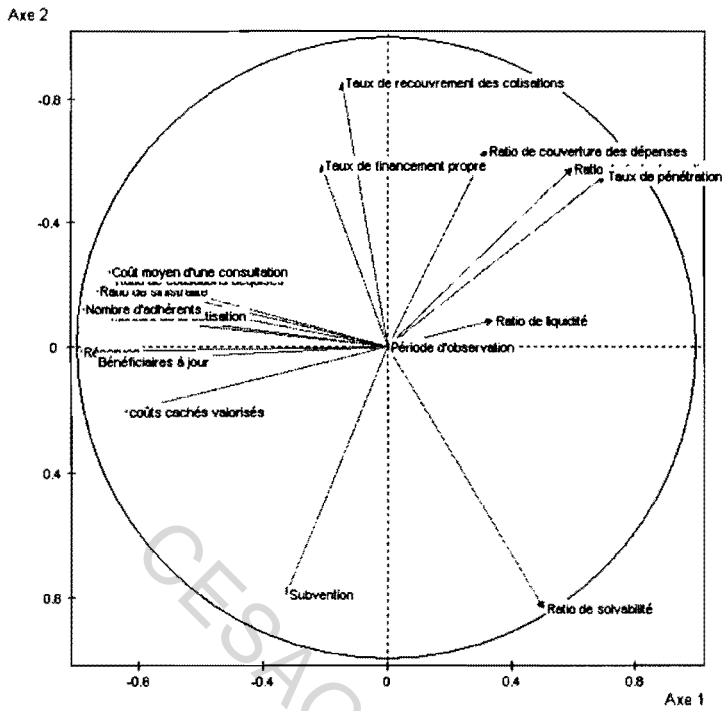


Figure 14: MATRICE DES CORRELATIONS

	R.Lq	RSO	RS	RCAq	RCD	RFG	TRC	TFP	SUBV	CCv	PObs	MCOT	RES	TPEN	BA1	NA	CMCO
R.Lq	1.00																
RSO	0.16	1.00															
RS	-0.14	-0.60	1.00														
RCAq	0.05	-0.62	0.91	1.00													
RCD	-0.24	-0.45	-0.39	-0.28	1.00												
RFG	0.11	-0.16	-0.34	-0.47	0.33	1.00											
TRC	0.38	-0.71	0.34	0.43	0.31	0.31	1.00										
TFP	0.16	-0.66	0.18	0.48	0.58	-0.13	0.54	1.00									
SUBV	-0.15	0.45	0.04	0.17	-0.34	-0.93	-0.61	-0.04	1.00								
CCv	-0.22	-0.30	0.66	0.72	-0.21	-0.85	0.00	0.25	0.65	1.00							
PObs	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00						
MCOT	-0.56	-0.52	0.87	0.67	-0.25	-0.32	0.15	-0.05	0.07	0.65	0.00	1.00					
RES	-0.35	-0.50	0.89	0.85	-0.26	-0.64	0.13	0.22	0.38	0.90	0.00	0.89	1.00				
TPEN	0.10	-0.12	-0.65	-0.59	0.74	0.64	0.35	0.13	-0.57	-0.57	0.00	-0.50	-0.65	1.00			
BA1	-0.55	-0.42	0.86	0.76	-0.33	-0.47	0.01	0.08	0.27	0.67	0.00	0.92	0.90	-0.70	1.00		
NA	-0.31	-0.58	0.95	0.90	-0.26	-0.50	0.25	0.30	0.21	0.75	0.00	0.88	0.95	-0.68	0.94	1.00	
CMCO	-0.49	-0.63	0.89	0.71	-0.16	-0.26	0.29	0.06	-0.03	0.63	0.00	0.99	0.88	-0.44	0.89	0.90	1.00

Ce plan factoriel indique que :

1. La première composante principale a une forte corrélation positive entre le taux de pénétration et le ratio de frais de gestion, ce qui signifie que le nombre d'adhérents influe sur les frais de gestion ; plus le nombre d'adhérents croît, plus la mutuelle perçoit les frais d'adhésion et les frais de gestion sont importants pour permettre à la mutuelle de poursuivre les activités de sensibilisation et de collecte des cotisations.

2. Il existe une forte corrélation négative entre la subvention et le taux de recouvrement des cotisations ;

3. On observe une forte opposition entre le ratio de solvabilité et le taux de recouvrement des cotisations ;

4. Les cotisations acquises, le nombre d'adhérents, le nombre de bénéficiaires, le montant de la cotisation, les réserves, et le coût moyen des consultations sont fortement et positivement corrélés avec le ratio de sinistralité, avec un coefficient de corrélation de plus de 0.80 partout ;

5. Il existe une corrélation positive entre le nombre d'adhérents et les coûts cachés valorisés des mutuelles : plus le nombre d'adhérents croît et plus les coûts cachés augmentent ;

6. Les coûts cachés valorisés sont négativement corrélés avec les frais de gestion ;

7. Les subventions sont négativement corrélées avec les frais de gestion ;

8. Il existe une corrélation positive entre les mutuelles MHO et de Sa'a, les deux mutuelles se retrouvant dans le même cadran ; il en est de même pour les mutuelles rurales du district de Sa'a qui se regroupent toutes dans l'axe 1 ;

9. Des groupes homogènes sont constitués dans des cadrans différents : la couverture des dépenses, le taux de pénétration et le ratio de liquidité se retrouvent dans le même cadran et sont fortement corrélés ;

10. Une corrélation négative existe entre la couverture des dépenses et les coûts cachés valorisés ainsi que les subventions ;

11. Le taux de financement propre et le taux de recouvrement des cotisations sont positivement corrélés ;

12. Le ratio de sinistralité a une corrélation négative avec le ratio de solvabilité ;

13. Les subventions et le ratio de solvabilité ont une influence sur la viabilité

des mutuelles à l'étude compte tenu de leur position ; l'appui apporté aux mutuelles leur permet de subvenir à certaines dépenses et de constituer des réserves ;

14. La période d'observation a un Ecart Type nul : ceci signifie que cette prévision est parfaite

15. MHO a le plus contribué dans la constitution de l'axe1 avec 70.72 et un $\text{Cosinus}^2 = 0.952$ à cause de sa spécificité par rapport à l'ensemble des mutuelles à l'étude (montant de la cotisation, coût des prestations,...).

X. Commentaires et discussions

Quelques limites sont à relever et portent sur la méthodologie de la recherche et les résultats avant les commentaires et la discussion.

X.1. Limites méthodologiques

Les mutuelles à l'étude sont certes d'un même niveau, mais on y retrouve la Musany qui éprouve des difficultés pour son démarrage, ce qui limite l'étendue de l'analyse.

X.2. Limites des résultats

Les résultats obtenus doivent être pris avec une certaine réserve. Les mutuelles à l'étude sont à leur début, c'est-à-dire moins de six mois du début des prises en charge des prestations ; cet élément n'as pas permis d'avoir des informations sur le résultat économique ou les rapports entre variables sur une période considérable.

Une étude faite au bout d'une période plus longue aurait permis d'obtenir des résultats intéressants.

Ces éléments n'affectent pas pour autant l'objectivité de la discussion qui va suivre.

L'analyse des résultats en relation avec l'hypothèse de recherche retenue nous a permis de faire des commentaires et de mener cette discussion qui va suivre .

X.3. Commentaires et discussions liés à l' hypothèse

X.3.1 Par rapport aux facteurs de viabilité administrative et de gestion

Les résultats offrent un aperçu assez complet sur les facteurs administratifs et de gestion.

La mutualité de la couverture du risque maladie est l'alternative retenue au Cameroun pour améliorer l'accès aux soins de santé et par là même, contribuer à la performance du système de santé.

L'étude a permis de voir les potentialités qu'offre ce mode de financement de la santé . En effet, la mutualité dans ces populations suscitent un engouement que l'on a ressenti dans l'engagement aussi bien des mutualistes, des organes de gestion que chez les prestataires.

► L'offre et la demande de soins

Si le mutualiste dans les IPM au Sénégal n'a pas la latitude dans le choix du prestataire, les mutuelles de santé à l'étude signent des conventions avec les prestataires de leur choix, public ou privé , selon leurs usages et leurs convenances, mais parfois selon la disponibilité ou

l'appartenance à la zone de desserte des services de santé. Cette liberté est un élément essentiel pour la mutuelle .

La légitimité des signatures du contrat constitue une question qui est actuellement l'objet d'une recherche. Qui doit signer une convention passée entre une mutuelle de santé et une formation sanitaire publique ? Quelle est la force d'une convention signée par un Chef de service de santé ? Qui est responsable en cas de problème ? Quel rôle peut jouer la contractualisation dans la relation payeurs - prestataires ? Autant de questions qui font actuellement l'objet d'une recherche du Ministère de la Santé Publique et de ses partenaires dans le cadre du renforcement de l'approche contractuelle.

Le comportement actif des prestataires publics a été un des points forts des constats de la mission d'évaluation ; on l'a attribué à l'engagement du Ministère de la Santé Publique qui entend promouvoir les mutuelles de santé en vue d'améliorer l'accès des populations aux soins de santé.

La prescription exclusive des médicaments essentiels par le prestataire n'est pas sans causer des problèmes ; des ruptures de stocks de médicaments et des consommables médicaux ont été relevées dans les formations sanitaires publiques lors de l'évaluation. Cependant, le stade actuel de fonctionnement de ces mutuelles ainsi que le montant de la cotisation par bénéficiaire ne permettent pas de prescrire des spécialités.

► **Les conditions d'adhésion et de prise en charge**

Le mode d'adhésion volontaire et par famille est un facteur de viabilité de la mutuelle car participe à la gestion de certains risques comme la sélection adverse.

Cependant, s'il est avantageux pour les familles d'adhérer à la mutuelle à tout moment dans l'année, cette latitude d'adhésion augmente le risque de sélection adverse car les adhérents potentiels peuvent attendre d'être malades pour choisir d'adhérer dans une mutuelle.

L'observation d'une période de latence de deux mois ou de douze mois pour la femme enceinte est une mesure prise non seulement pour diminuer le risque de sélection adverse, mais pour permettre aussi la constitution du fonds de roulement de la mutuelle.

► **la gestion des cotisations**

La gestion des cotisations est cruciale pour la mutuelle ; de son efficacité dépendra dans une large mesure le financement des activités, la cotisation constituant la principale source de financement de la mutuelle.

Le montant de la cotisation , 400fcfa à la MHO, est élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population cible et aux intentions de cotisations exprimées lors de l'étude de faisabilité. Selon les intentions de cotisations exprimées , environ 40% de la population cible serait en mesure de payer les 400FCFA demandés par personne et par mois. Sachant que les intentions de cotisation sont habituellement surestimées par les enquêtés, il s'agit d'une hypothèse haute.

Les difficultés à lever les cotisations dont les administrateurs de MHO ont fait état, le fait que certains adhérents demandent de diminuer la cotisation, semblent confirmer l'hypothèse d'une cotisation élevée par rapport à la capacité contributive de la population cible .

Une cotisation annuelle de 7 200FCFA par personne retenue par la MUSANY, couvrant à 100% les prestations de premier niveau , avec une prise en charge de 15% des hospitalisations , semble à priori assez élevée pour atteindre une part significative de la population, ce que le niveau actuel d'enregistrement des adhésions ne contredit pas (218 bénéficiaires).

Le mode de recouvrement des cotisations est particulièrement important pour la mutuelle car la cotisation constitue la principale source de recette.

C'est ainsi qu'en cas de retard sur le paiement de la cotisation, le membre n'est plus couvert. Il pourra néanmoins se mettre à jour au début du mois suivant en soldant les retards et en s'acquittant de la cotisation du mois en cours. Le paiement sur plusieurs mois ou même sur une année est encouragé. Tout retard dans le versement des cotisations entraîne la suspension de la prise en charge. Certaines mutuelles (mutuelle de Lebamzip) appliquent des sanctions allant jusqu'à la suspension de la couverture proportionnée au nombre de mois de retard.

La périodicité du paiement des cotisations a une influence sur la gestion de la mutuelle. Pour la mutuelle, la cotisation annuelle est le système le plus simple à gérer. Les difficultés et les coûts liés au recouvrement des cotisations sont considérablement réduits ; le suivi des adhésions et du droit aux prestations devient facile et les prévisions financières sont moins aléatoires.

Le paiement fractionné des cotisations est un facteur d'accessibilité financière positif notamment pour les ménages à faibles revenus. Cette mesure est un facteur d'accessibilité financière positif, notamment pour les ménages à revenus faibles comme dans notre étude.

En revanche, ce mode de recouvrement entraîne un accroissement des activités liées au recouvrement et les retards s'accumulent très souvent.

L'obligation de cotiser régulièrement à une période précise pour permettre une relation positive cotisation/prestations implique un travail en amont qui ne saurait se fonder sur le bénévolat à un moment donné dans la vie de la mutuelle.

Le bénévolat qui répond à l'un des principes de la mutuelle, continue-t-il à être considéré comme un élément à promouvoir ? Si le bénévolat dans la mise en place et la gestion représente un atout en terme de capital social, les promoteurs reconnaissent aujourd'hui que certaines fonctions de gestion doivent être exécutées par des professionnels salariés.

D'autre part, il s'est avéré que la sensibilisation et la collecte des cotisations représentent une charge de travail incompatible avec le bénévolat. On a constaté que les populations payaient facilement le droit d'adhésion, mais les mutuelles se heurtent par la suite au problème de collecte des cotisations. Au début de la vie d'une mutuelle de santé, le travail de sensibilisation et d'information sur la base du bénévolat est sous estimé.

La complexité des démarches, la nécessité d'une présence permanente sur le terrain sur des distances longues et à pied découragent rapidement les membres du Conseil d'Administration chargés de la sensibilisation et même de la collecte des cotisations. Partout, on a ressenti le découragement et une compensation a été partout réclamée .

Les difficultés relevées par les administrateurs de MHO à lever les cotisations, le fait que certains adhérents demandent la révision de la cotisation à la baisse, semblent aller dans le sens d'une surestimation de la cotisation par rapport à la capacité contributive de la population cible.

Un montant de cotisation de 3.000FCFA à ManjoI et à N'lohé semble raisonnable au regard des objectifs d'adhésion retenus compte tenu de sa situation économique qui fait ressortir la chute des revenus tirés de la vente du café, principale source de revenus dans cette partie du pays.

Une cotisation de 7.200FCFA par personne et par an dans la Musany, couvrant les prestations de premier niveau avec une prise en charge de 15% des hospitalisations semble élevé à priori pour permettre d'atteindre une part significative de la population cible. Le niveau actuel des adhésions va dans ce sens, du moins au moment de l'évaluation.

► **Le taux de pénétration**

Le tableau 4 indique que le taux de pénétration en première année varie d'une mutuelle à une autre avec une moyenne de 8.25%, hors la MUSANY. Ce taux a déjà atteint 31.85% pour la mutuelle de Ndong Elang, ce qui est prometteur. La plupart des mutuelles de notre étude, soit 6/9, ont un taux de pénétration supérieur à 10% en première année.

L'étude menée par Boubacry Fall sur la viabilité des mutuelles de santé au Sénégal²⁷ a montré que pour une durée moyenne de 5 ans d'existence, le taux de pénétration annuel dans les mutuelles au Sénégal était de 0.5%. Comparativement aux mutuelles pilotes de la coopération technique allemande, on peut dire que ces dernières se portent bien.

Aussi, ces données sont susceptibles d'évoluer et le démarrage des prises en charge permettra de confirmer les adhésions avec le paiement des cotisations. Par contre, le fait que les prises en charge ne démarrent pas encore dans la Musany peut entraîner l'interruption provisoire ou même définitive des cotisations.

Les longues périodes d'observation sont défavorables à la vie de la mutuelle. On a observé partout des périodes de plus de six mois d'observation. Quelqu'un qui cotise pendant plus de six mois et qui ne voit pas les choses démarrer est difficile à convaincre pour la poursuite du versement des cotisations. Ceci est sans doute à l'origine du faible taux de pénétration et même du paiement des cotisations par les adhérents. Selon l'étude suscitée, il existe une corrélation négative entre la période d'observation et le taux de pénétration, car les longues périodes d'observation ont un impact négatif sur la dynamique d'adhésion.

Les taux de pénétration restent faibles partout, moins de 50% : les populations restent dans l'expectative et attendent voir l'effectivité du produit. Il convient de signaler qu'il y a eu des expériences de mutuelles dans le passé qui ont échouées, ce qui rend les populations un peu méfiantes. Les résultats des mutuelles à l'étude pourront redonner confiance aux populations, ce qui va accroître les taux de pénétration dans les mutuelles.

Le développement des mutuelles en zone rurale, 8/9 mutuelles à l'étude, est un signe de considération pour certaines valeurs traditionnelles telle que la solidarité dans nos villages, élément important dans le développement des mutuelles de santé. En effet, les populations en zone rurale sont plus préparées à l'entraide et à la solidarité et les organisations traditionnelles dans les grandes villes sont leurs émanations.

► **La détermination du paquet bénéfiques et la prise en charge des bénéficiaires**

Le paquet bénéfiques retenu dans ces mutuelles constitue un facteur d'attractivité du produit. Cependant l'inclusion des chirurgies programmées constitue un risque pour les mutuelles et l'hypothèse de dépassement des consommations prévisionnelles n'est pas à exclure surtout à la MHO où les formations sanitaires conventionnées délivrent des prestations de haut niveau.

La prise en charge des interventions chirurgicales programmées peut avoir un impact négatif dans la viabilité des mutuelles notamment les risques de surconsommation et l'anti-sélection.

²⁷ Aboubacry Fall, 2000

► **Les organes de gestion de la mutuelle, le système de gestion et de contrôle**

La gestion courante des mutuelles à l'étude est assurée par ces organes. Cependant, cette gestion s'appuie sur le bénévolat, ce qui entraîne forcément des coûts d'opportunité que les volontaires n'ont pas hésité à relever au cours des entretiens.

On a néanmoins relevé un engouement certain chez ces volontaires qui font des tâches de sensibilisation et même de collecte des cotisations.

Le paiement fractionné des cotisations, qui repose sur les administrateurs bénévoles pose déjà le problème de la charge de travail et du coût qu'il induit ; une recherche-action est en cours pour déterminer au cas par cas le mode de collecte le plus efficient. La mise à contribution des associations de base, le recours aux services des Entreprises de micro finance et la période fermée de collecte annuelle des cotisations sont les modes de recouvrement envisagés. Ils permettront à la fois d'augmenter le taux de recouvrement des cotisations acquises et le taux de pénétration dans les mutuelles.

La gamme de mesures de contrôle mises en place laisse entrevoir un contrôle efficace des consommations : délivrance de la lettre de garantie, plafonnement des prises en charge, respect d'un délai de carence de douze mois pour les accouchements, livrets avec photos de tous les bénéficiaires.

Ces mutuelles suivent un plan de trésorerie cumulée, ce qui n'est pas sans risque. Le rapprochement mensuel des cotisations perçues et des dépenses risque de poser des problèmes si un nombre significatif d'adhérents paient leur cotisation sur plusieurs mois.

En ce qui concerne le suivi des prises en charge, on a constaté au cours de l'évaluation que les animateurs effectuaient un suivi rapproché des premières prises en charge, de sorte qu'aucun dysfonctionnement majeur n'a été décelé.

On a également constaté au cours de l'évaluation un déficit d'information en matière de suivi du risque qu'il convient de corriger rapidement afin de connaître les termes de viabilité du produit. Il s'agit du nombre de bénéficiaires assurés, du suivi des consommations par assuré, du suivi de la fréquence et des coûts par prestation et par prestataire .

► **Marketing/Communication (Formation et sensibilisation)**

La méthodologie suivie pour la formation et la sensibilisation s'appuyant sur un Comité d'Initiative a permis de sensibiliser une part significative du public cible.

La question est de savoir quelle sera la marge de progression des adhésions avec une sensibilisation et une communication qui reposent sur le travail bénévole des élus de la mutuelle. A l'exception de la Mutuelle de Manjo I qui a enregistré un nombre important de membres au cours du mois de février 2005, la progression de nouveaux membres est lente dans toutes les autres mutuelles.

Il en est de même pour le personnel de santé : si les médecins-chefs sont généralement bien informés des procédures de gestion du tiers payant, il n'en est pas de même pour les autres personnels dans les formations sanitaires.

► **La gestion des risques**

L'évaluation des risques liés à tout système d'assurance maladie y compris la mutuelle de santé , et la capacité à les maîtriser contribue à leur viabilité financière notamment . D'où l'importance accordée dans cette étude aux mesures prises pour la gestion des risques, tel que présentées au tableau N° 9.

A ce titre, on peut dire que plusieurs motifs conduisent à approuver le choix fait par le consultant de promouvoir une mutuelle par aire de santé pour la gestion du risque en milieu

rural et non une mutuelle par district de santé. C'est une stratégie favorable pour une communication rapprochée, la collecte facile des cotisations et le contrôle social. La Musany, qui se dit capable de couvrir tout le district de Nylon, sera probablement confrontée à d'énormes difficultés de sélection adverse, d'abus et de fraudes. Toutefois, le développement des mutuelles de santé au niveau de l'aire de santé laisse entrevoir une difficulté, celle des mutuelles de santé d'échelle avec un nombre important d'adhérents et de bénéficiaires : est-il possible d'avoir de grandes mutuelles de santé en ciblant la population au niveau de l'aire de santé ? .

L'institution du ticket modérateur est considérée comme un facteur limitatif à la surconsommation surtout en zone rurale. Le montant de la réduction est dérisoire dans les formations sanitaires publiques, mais constitue une contribution financière dissuasive, une forme de copaiement qui peut limiter la consommation en milieu rural notamment, où le pouvoir d'achat est très limité pendant les périodes de disette. Ce pourcentage n'est pas prévu par la Musany, ce qui va accroître le risque de surconsommation dans cette mutuelle. Des IPM au Sénégal telles que SYPAOA et TRANSIT ont vu leur consommation médicale augmenter et atteindre quatre fois les consommations prévues lorsque le ticket modérateur n'était plus supporté par les employés mais plutôt par les entreprises.

La référence obligatoire limite la liberté de choix du prestataire par le mutualiste, les recours faciles à la formation sanitaire avec le risque de surconsommation. Il en est de même pour la prescription exclusive des médicaments génériques. Le succès de l'assurance maladie de Bwamanda en RDC est en partie le résultat du strict respect du système de référence recours²⁸.

Le développement des mutuelles sur des bases associatives traditionnelles de solidarité constitue un frein pour le risque moral. L'adhésion par famille favorise également le contrôle social et limite la sélection adverse. C'est un avantage que les organisations traditionnelles en Afrique disposent pour le développement et la réussite du mouvement mutualiste.

Le respect d'une période d'observation par toutes les mutuelles à l'étude exprime la volonté de lutte contre la sélection adverse ; en réalité, cette disposition peut être contournée par les mutualistes avec la possibilité de payer en une seule fois la cotisation annuelle. D'où l'appel à la vigilance pour la mutuelle.

La mise en place d'un système de livret de membre avec les photos des bénéficiaires permet de limiter les risques liés aux fraudes et abus. L'exclusion des maladies chroniques dans le paquet bénéfiques. est également une façon de gérer le risque de faillite des mutuelles.

X.3.2. Par rapport à la viabilité institutionnelle

Aucune loi ne régit la mutualisation de la couverture du risque maladie au Cameroun. En attendant l'élaboration d'une loi en la matière, la loi N°99/011 du 20 juillet 1999 relative à la liberté d'association s'applique. Il convient toutefois de souligner que l'absence d'une loi sur la mutualité ne constitue pas une entrave au développement des mutuelles de santé. En effet, très peu de pays d'Afrique disposent actuellement d'une loi en la matière : on peut citer le Mali, et le Sénégal dont la loi sur les mutuelles de santé a été signée en 2003 seulement, alors que les mutuelles de santé se développent dans ce pays depuis près de vingt ans.

Au niveau national, la Stratégie Sectorielle de Santé élaborée pour la période 2001-2010 prévoit l'amélioration de l'accès aux soins de santé par la mise en place des mécanismes de partage du risque maladie dont la mutualisation de la couverture du risque maladie. Le Ministère de la Santé Publique(MSP) s'est ainsi résolument engagé dans la promotion et le développement des mutuelles de santé comme financement alternatif de la santé, qui aboutira ou contribuera significativement à l'assurance maladie universelle.

²⁸ Goetz et al,2003

A ce titre, un Comité d'Experts chargé de la promotion du mouvement mutualiste (CERAM) a été créée en 2004. Il rassemble toutes les forces impliquées dans l'assurance maladie au Cameroun à savoir : les ministères, les partenaires au développement, les ONGS/Associations, la société civile et le sous-secteur privé.

Dans tous les sites visités, la volonté politique exprimée par le Ministère de la Santé Publique pour promouvoir les mutuelles a joué un rôle important dans les décisions prises par les prestataires. Les mesures d'accompagnement suivantes ont également joué un certain rôle dans le processus : la réhabilitation en cours de l'hôpital de district de Sa'a sur financement de l'Union Européenne, la démarche d'assurance qualité entreprise par cet hôpital, la mise à disposition de trois médecins. Il en est de même pour l'hôpital de district de Manjo qui a vu son volume d'activités « exploser » en 2004 avec l'arrivée d'un nouveau médecin-chef. Il s'agit là des facteurs facilitant le développement des mutuelles de santé, même si ces mesures d'amélioration de l'offre de soins n'ont pas été planifiées pour la cause. Il convient toutefois d'examiner leur pérennité et leur réplique.

Cependant, à l'examen des conventions signées entre les mutuelles de santé et les formations sanitaires, on dénote des contradictions, des confusions et des manquements par rapport à ce qui se fait dans la pratique. Parmi les problèmes, on a relevé que :

- Le nombre de bénéficiaires est laissé à l'appréciation de l'adhérent malgré les dispositions dans le Règlement Intérieur;
- La tenue des outils de gestion est faite par le coordonnateur dans les textes mais dans les faits, c'est le gestionnaire qui tient ces documents ; en plus on ne sait pas qui est le coordonnateur dans l'organisation, ce poste n'étant prévu nulle part ;
- Le paiement des cotisations de l'adhérent et de tous ses ayants droits pour bénéficier de la prise en charge n'est pas clairement énoncé ;
- Le règlement intérieur ne prévoit pas le paiement de la cotisation sur une année pour les chirurgies, alors que c'est appliquée dans certaines mutuelles de santé.

Ces observations méritent d'être corrigées pour être en phase avec ce qui est effectivement pratiqué sur le terrain.

X.3.3. Par rapport à la viabilité liée à l'environnement des mutuelles

► L'implication des Entreprises de Micro Finance (EMF) et des associations traditionnelles de solidarité pourra avoir un effet positif pour la mobilisation des cotisations et même pour l'accroissement du taux de pénétration : un grand nombre d'adhérents fait partie des associations ; les membres dirigeants ont des fonctions importantes dans les EMF et pourront jouer un rôle important dans le sens d'une synchronisation des cotisations avec les périodes de vente des récoltes en milieu rural

Des négociations sont en cours avec les coopératives des planteurs pour la collecte des cotisations directement sur les ventes.

Parallèlement, des associations ou tontines sont devenues partenaires des mutuelles avec comme finalité de sensibiliser une grande partie de la population cible et de faciliter la collecte des cotisations des membres des mutuelles.

L'intervention des EMF permettra de faciliter la collecte des cotisations. Le GRAIM dans la région de Thiès au Sénégal a développé avec l'aide des partenaires au développement, des micro crédits en faveur des mutualistes pour leur permettre de payer facilement leurs cotisations.

Cependant, l'impact d'une articulation possible avec les EMF sur les adhésions ne doit pas être surestimé ; elle devra faire l'objet d'une recherche action qui doit être menée selon un protocole bien précis.

► Le rôle joué par les Maires dans les Communes de Manjo et de Kumbo constitue un élément favorable pour le développement des mutuelles de santé dans le pays et les plus fortes adhésions sont enregistrées dans ces communes : les Maires sont des élus du peuple et sont très écoutés ; le MSP pourra facilement atteindre ses objectifs, l'application de la loi sur la décentralisation aidant, en donnant aux élus locaux la possibilité d'agir auprès des populations pour le développement des mutuelles de santé.

Il se pose cependant le problème de subventions par les mairies aux mutuelles de santé. En effet, en tant qu'associations, les mutuelles de santé ne peuvent recevoir ni dons, ni legs. Cette disposition de la loi régissant les associations au Cameroun constitue un frein pour les mutuelles de santé. La réglementation sur les mutuelles de santé pourra sans doute trouver une réponse à cette question.

► L'implication des prestataires de soins et services de santé dès la phase de mise en place de la mutuelle est essentielle pour la viabilité de la mutuelle. Le manque d'implication du district de santé de Nylon est la principale raison du démarrage tardif des prises en charge dans la Musany. En effet, le chef de service de santé de Nylon n'a pas été associé aux négociations entre cette mutuelle et les prestataires ; l'exigence d'une caution aurait pu être levée pour permettre la signature des conventions et le démarrage des prestations.

Le positionnement du prestataire, partenaire ou simplement fournisseur de soins, a un impact important dans la réussite des relations entre les deux parties et constitue un facteur de viabilité de la mutuelle de santé.

► L'incitation à l'utilisation des formations sanitaires publiques est matérialisée par la réduction des coûts des prestations par rapport aux formations sanitaires privées. Ces réductions sont de 20% pour tous les actes et de 5% pour tous les examens de laboratoire dans presque toutes les mutuelles à l'étude.

► La question de perception des avantages persiste et les formations sanitaires privées notamment ne comprennent pas ce qu'elles gagnent dans la relation avec les mutuelles de santé ; un effort de sensibilisation est à faire dans ce sens pour leur faire comprendre qu'il s'agit d'une relation gagnant-gagnant où la formation sanitaire se fait une clientèle permanente avec une certaine garantie de paiement des prestations, où la concurrence incite à l'amélioration de la qualité, où la mutuelle pourrait être un catalyseur dans une politique de promotion des ressources humaines dans le secteur de la santé, où la mutuelle peut devenir un instrument pour améliorer la qualité.

Les relations avec les prestataires se développent au sein d'un partenariat. L'implication des autorités sanitaires dans la promotion des mutuelles est visible partout à travers :

- la formation du personnel dans la prise en charge des mutualistes ;
- l'octroi d'un local au sein de la formation sanitaire pour abriter la mutuelle ;
- des mesures pour la réduction du temps d'attente et la disponibilité des médicaments ;
- l'octroi des réductions de 20% pour tous les actes médicaux et de 5% pour les examens de laboratoire dans les formations sanitaires publiques ;
- la mise à disposition des kits de soins ;
- le modèle de convention qui a été élaboré entre les mutuelles et les prestataires prévoit des mesures allant dans le sens d'une collaboration ; c'est ainsi que l'article 2 stipule dans les points 12 et 13 que « le prestataire devra informer la mutuelle de toute

maladie chronique du mutualiste détectée et de réprimer toute tentative de fraude ou d'abus aussi bien de la part du bénéficiaire que du personnel de santé ».

- De même, le point 2.2 de la convention prévoit que la mutuelle devra « participer et appuyer le prestataire de soins dans l'organisation des activités d'information et de prévention des maladies, participer avec le prestataire de soins à la recherche de voies et moyens pour améliorer la qualité des soins et l'environnement de la formation sanitaire ».

Il faut noter toutefois que ces relations ne sont pas bonnes partout : c'est ce qui a été constaté à Nlong-Onambélé où le responsable du Centre de santé n'est pas accepté par les populations pour les raisons suivantes :

- non affichage des tarifs officiels des actes médicaux et des prix des médicaments;
- non disponibilité du personnel de santé;
- conflits permanents avec le comité de gestion.

Le Service de santé de district devra jouer un rôle régulateur à ce niveau en arbitrant les relations prestataires/mutuelles.

► L'acceptation des mutuelles par les populations et la preuve que ces organisations arrivent à point nommé s'expliquent par les chiffres enregistrés au bout de quatre mois de prise en charge :

- le nombre d'interventions chirurgicales programmées dont le taux est de 7.6‰ à MHO est largement en deçà des prévisions(2‰) ;
- le taux d'utilisation des services de santé est de 84% dans le district de santé de Sa'a alors que les projections prévoyaient ce taux à 46.7% ;
- la moyenne des bénéficiaires dans l'ensemble des mutuelles est de 1.679 et la moyenne des adhésions se situe à 343 adhérents ;
- le taux de recouvrement moyen des cotisations est de 61.13% en première année, ce qui n'est pas négligeable. L'étude menée par Aboubakry Fall sur la viabilité des mutuelles de santé au Sénégal souligne que 78% des mutuelles étudiées, soit 11/14 avaient un taux de pénétration inférieur à 60%, cinq ans après leur création.

Le Cameroun regorge d'associations traditionnelles qui constituent un potentiel non négligeable pour la viabilité des mutuelles. Ces associations ont joué un rôle crucial dans la sensibilisation des populations dans la phase de démarrage des mutuelles qu'il faudra capitaliser pour les prochaines étapes.

Cependant, un comportement de méfiance prévaut encore chez ceux qui ont toujours à l'esprit les échecs passés des mutuelles développées par des personnes non expérimentées en quête de gain.

► Comme points forts relevés dans le processus de développement des mutuelles à l'étude liés à l'environnement , on pourrait citer :

- une forte implication des communes presque partout : pour huit mutuelles sur les neuf, la demande d'un appui à la GTZ pour la mise en place des mutuelles a été à l'initiative des Maires ;
- la mutuelle de santé est perçue comme une garantie pour le règlement des impayés notamment dans les formations sanitaires privées catholiques où le social occupe une place importante, mais causent des problèmes de trésorerie ;
- le partenariat public/privé prend tout son sens dans la mise en place des mutuelles ;

- la volonté manifeste des prestataires à accompagner le développement des mutuelles ;
- la représentativité de toutes les sensibilités parmi les organes de gestion de la mutuelle ;
- les bienfaits de la mutuelle sont déjà perçus par les mutualistes ;
- les prix abordables des prestations dans les formations sanitaires publiques ;
- l'existence d'un circuit du mutualiste à l'Hôpital de district de Manjo est un facteur attractif pour la mutuelle ;

X.3.4. Par rapport à la viabilité économique et financière

► Les mutuelles à l'étude se sont implantées dans des zones aux caractéristiques socio économiques diverses ;

Le District de santé de Sa'a semble réunir les conditions les plus favorables avec une bonne densité de la population , des activités économiques soutenant les revenus des habitants, une bonne capacité organisationnelle. Il n'est pas de même pour ManjoI et N'lohé et surtout MHO où les populations ont vu leurs revenus diminués ces dernières années, ce qui ne constitue pas un facteur favorable au développement des mutuelles.

Le district de santé de Nylon constitue une zone de test à part , avec une très forte densité de la population, une culture associative connue , mais des revenus qui restent encore très faibles.

► La forte corrélation négative entre la subvention et le taux de recouvrement des cotisations soulève le débat sur la nature de l'appui. En effet, sur quoi doit porter l'appui apporté aux mutuelles ? Comment financer le salaire d'un gérant et d'un animateur tous deux recrutés par la mutuelle? Comment subsidier de façon intelligente aux mutuelles de santé ?

► Les résultats économiques présentés montrent que ces mutuelles sont à même de supporter leur consommation médicale , l'appui du partenaire permettant de soutenir les charges de gestion , de formation et de sensibilisation .

► Cependant, les taux de recouvrement des cotisations restent très faibles et demandent une attention particulière. Il en est de même pour les taux de pénétration : les activités de sensibilisation et de communication constituent le levier pour voir ce taux à la hausse .

► D'une manière générale, toutes les mutuelles sont en mesure d'honorer leurs dettes pour la période sans recourir aux emprunts.

► Il convient de relever que les mutuelles à l'étude ont réalisé des réserves importantes pendant la période de mise en place de celles-ci, c'est-à-dire longtemps avant le début des prises en charge des prestations. Les chiffres intéressants sont le résultat de la sensibilisation pendant la phase de démarrage. La constitution de réserves au départ va permettre aux mutuelles de faire face aux situations d'urgence et de contribuer dans les unions qui sont prévues, notamment dans le district de Sa'a.

Cependant, l'on ne saurait parler d'excédents au stade actuel de vie de ces mutuelles. En fin d'année, le bilan de ces mutuelles pourra peut-être dégager des excédents et renforcer les réserves.

► L'écart entre la cotisation et le début des prises en charge, même s'il permet de faire des réserves, peut être un facteur défavorable pour la survie de la mutuelle. La Musany , après plus d'un an de cotisation des membres sans prise en charge , risque de perdre la confiance auprès de ceux-ci et de faire mourir la mutuelle.

► Le recours à la consommation médicale à MHO se focalise aux chirurgies programmées. Et il convient de rappeler que cette mutuelle a contracté avec des formations sanitaires privées confessionnelles qui offrent des services à des tarifs élevés par rapport aux formations sanitaires publiques. Si rien n'est fait pour limiter la prise en charge de cette catégorie de prestation, la mutuelle court le risque de surconsommation médicale qui pourrait la conduire à la faillite.

► Un effort considérable est à faire à N'lohé pour le recouvrement des cotisations afin de rendre cette mutuelle capable de couvrir ses charges à partir des cotisations. Un plan de sensibilisation a été élaboré à cet effet et comprend plusieurs stratégies allant dans le sens d'une plus grande proximité.

► La prescription exclusive des médicaments essentiels constitue également un élément favorable qui contribuera pour beaucoup à la viabilité financière des mutuelles. Cependant les ruptures de stocks de médicaments dans les formations sanitaires sera un frein pour les mutuelles de santé, obligeant les mutualistes à acheter les médicaments dans les officines privées. Ne pouvant pas dans ce cas être remboursés, les mutualistes seront découragés et la conséquence sera le non paiement des cotisations et partant, la faillite des mutuelles.

► Un autre facteur favorisant le ratio élevé de la couverture des dépenses est le coût relativement bas des prestations dans les formations sanitaires publiques où le coût moyen d'une consultation est de 1838 FCFA à Manjo et 3111 FCFA dans le District de santé de Sa'a.

► Le niveau des prestations est encore très faible dans ces mutuelles qui sont au stade de démarrage et la tendance à la consommation médicale est peu perceptible d'une manière générale.

► Le ratio des frais de gestion est estimé faible par rapport à la charge de travail liée à la collecte des cotisations, à la sensibilisation et à la formation, et par rapport au fait que la plupart de ces mutuelles évoluent en milieu rural où la gestion a un coût plus élevé lié notamment aux distances à couvrir. Il est communément admis que les frais de gestion des mutuelles de santé sont plus importants en milieu rural à cause des distances à parcourir pour les activités de promotion.

► Le mode de calcul de la cotisation a retenu un taux de chargement de 10% à prélever sur la cotisation pour le financement des frais de gestion. Ce taux s'est avéré assez faible par la suite, ce qui a conduit à affecter encore à la gestion les 10% prévus pour la marge de sécurité, amenant ainsi ce taux à 20%, supérieur au taux de 10% recommandé²⁹.

► Le taux de recouvrement des cotisations le plus élevé est à Lebamzip (80%) ; les démarches auprès des Entreprises de micro finances existantes dans la localité vont améliorer le taux de recouvrement.

► Si le résultat de la matrice des corrélations montre que 100% des mutuelles de santé à l'étude arrivent à couvrir l'ensemble des charges par leurs propres ressources, on ne doit pas perdre de vue le fait que ces mutuelles sont en phase de démarrage et que la consommation médicale peut varier au cours de l'année à la hausse, entraînant un renversement de la situation. D'où l'importance de l'accompagnement jusqu'à ce que la tendance positive vers l'autonomisation de ces mutuelles soit visible.

²⁹ Chris ATIM, 2000

► La viabilité financière de ces mutuelles ne peut pas valablement être déterminée au stade actuel de développement de ces mutuelles , malgré la tendance observée allant dans le sens d'une viabilité certaine. L'appui de la GTZ joue un rôle important pour conduire ces mutuelles vers la maîtrise des dépenses. Le recrutement d'un gestionnaire salarié , la formation à l'utilisation des outils de gestion financière et la mise à disposition des tableaux de bord sont autant d'acquis qu'il faudra préserver en vue de la viabilité financière des mutuelles pilotes.

X.3.5. L'appui /Accompagnement par le partenaire allemand GTZ

L'appui de la GTZ est un élément de promotion du mouvement mutualiste au Cameroun. Cet appui est diversifié et concerne l'assistance technique et les subventions.

La viabilité d'une mutuelle est compromise sans les subventions, du moins dans la phase de démarrage jusqu'à l'autonomisation.

La prise en charge des coûts de gestion administrative constitue un atout qu'il faudra placer du côté de la viabilité de ces mutuelles. Cet accompagnement a permis de financer les activités de sensibilisation, de communication en phase de démarrage au cours de laquelle certains coûts ne peuvent pas être supportés par les fonds propres des mutuelles. L'équipement des mutuelles de santé en outils de gestion a également été assuré.

Seulement , si l'informatisation du système de gestion et de contrôle est un facteur favorable , celle des tâches de gestion courante de l'assurance maladie est contestable. S'il doit remplacer les outils de gestion manuelle, le système informatique doit être bien maîtrisé et sécurisé . Par ailleurs les coûts de la maintenance et d'amortissement vont alourdir les charges de gestion des mutuelles.

L'appui de la GTZ est un appui-conseil qui devra se poursuivre jusqu'à l'autonomisation. La question aujourd'hui est de savoir s'il faut continuer avec la gestion des mutuelles par les non professionnels . L'appui de la GTZ est un facteur expliquant la solvabilité des mutuelles à l'étude. Il s'agit d'un accompagnement qui, dans la phase actuelle de développement des mutuelles à l'étude , porte sur des éléments clés hors consommation médicale que sont la sensibilisation , la formation et la gestion.

La GTZ mène actuellement une recherche-action sur le sujet et pense qu' une gestion professionnelle des mutuelles permet l'autonomisation au bout de trois ans alors que cette période est estimée à dix ans pour une mutuelle gérée par les mutualistes³⁰.

³⁰GTZ, Etude de faisabilité pour la mise en place de la mutuelle de Tiko

PARTIE III : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS



CFP
BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

Au terme de l'étude, il est opportun de rappeler les objectifs que nous nous sommes assignés ; il s'agissait de faire une analyse de la pertinence des études de faisabilité réalisées pour la mise en place de ces mutuelles et surtout d'analyser les facteurs de viabilité de ces organisations bénéficiant d'un appui extérieur considérable. Les instruments d'analyse et d'évaluation utilisés ont permis d'arriver à la conclusion que les expériences pilotes de mutuelles de santé de la coopération technique allemande présentaient un potentiel certain de viabilité.

La pérennité de ces mutuelles de santé est conditionnée par un accompagnement du partenaire allemand, jusqu'à l'autonomisation à travers : le renforcement des actions entreprises visant notamment l'accroissement du taux de pénétration et du taux de recouvrement des cotisations, la capitalisation des résultats des évaluations et la poursuite de la recherche-action sur les mutuelles de santé en Afrique et au Cameroun .

Sur le plan théorique et dans un pays où la mutuelle de santé assure au premier franc, les mutuelles de santé sont perçues comme une solution pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, dans le secteur formel et informel . La mutualité est constituée par conséquent une prémisse de l'élargissement de la couverture du risque maladie au Cameroun. Et à ce titre, la mutualité favorise :

- La couverture d'une large fraction de la population
- La participation à la lutte contre la pauvreté
- La démocratie et la gouvernance dans le secteur de la santé
- La contribution à l'amélioration de l'accès aux soins de qualité et de l'efficacité
- L'extension du marché de l'assurance
- La mobilisation des fonds
- La contribution à l'atteinte des objectifs de développement socio-économique et institutionnel de la Nation.

Cependant, la mutualité ne doit pas constituer la source exclusive de financement des soins de santé mais plutôt comme une stratégie complémentaire qui accompagne le financement public qui garantit la source de financement et assure l'équité allocative et contributive. En effet , si les mutuelles de santé ont été à la base des systèmes d'assurance-maladie en Europe Occidentale, elles ne les ont jamais remplacés .

Sur le plan pratique, la coopération technique allemande, dans sa stratégie de mise en place des mutuelles pilotes en synergie avec la politique nationale de santé , entend :

- améliorer à court terme l'accès financier aux soins aux populations à faibles revenus ;
- à moyen et à long terme, développer un modèle et des standards pour la mise en place des mutuelles de santé dans l'ensemble du pays à partir des expériences actuelles.

La standardisation des procédures organisationnelles et financières projetée contribue dans cette vision prompte à asseoir un fondement pour une extension facile des mutuelles.

Ces actions devront bénéficier en amont de la détermination du Ministère de la Santé Publique à mettre en place un dispositif institutionnel favorable à la promotion des mutuelles de santé au Cameroun.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations formulées vont dans le sens du renforcement de la viabilité des mutuelles de santé étudiées et l'utilisation des résultats positifs obtenus dans l'élaboration des normes pour la promotion des mutuelles de santé :

1. **La politique du Ministère de la Santé Publique.** La volonté politique du MSP de promouvoir les mutuelles de santé explique en partie le positionnement des prestataires publics. Cette volonté politique doit aboutir à des actions plus concrètes pour la coordination des expériences en cours et l'atteinte des objectifs fixés dans la Stratégie Sectorielle de Santé. Ces actions passent par la mise en place d'un cadre institutionnel et juridique favorable pour le développement des mutuelles de santé , l'adoption d'une politique partenariale et l'amélioration de l'offre des soins. Les rôles de l'Etat dans le développement des mutuelles de santé sont fondamentaux : ce sont des rôles de tutelle et de régulation à travers des tâches de conseil dans la conception des mutuelles de santé , de surveillance de leurs activités, de formation et de cofinancement³¹. Le Ministère de la Santé Publique devra ainsi jouer pleinement sa fonction d'administration générale dans la promotion des mutuelles de santé au Cameroun.
2. **L'appui financier de la GTZ.** Cet appui est un appui-conseil orienté vers l'autonomisation à travers :
 - ✓ la capacité de concevoir des produits multiples ;
 - ✓ la négociation des mesures prudentielles ;
 - ✓ la formation, le suivi et le retrait progressif des animateurs ;
 - ✓ l'appui financier au démarrage des mutuelles ;
 - ✓ le choix du niveau de la mutualisation du risque maladie ;
 - ✓ l'adaptation des modalités de paiement des cotisations.
3. Cet appui doit être maintenu dans le temps jusqu'à l'autonomisation de la mutuelle pour préserver les acquis et pouvoir être répliquée. Des experts parlent d'un accompagnement sur 10 ans pour rendre une mutuelle de santé autonome.

La subvention partielle des charges de fonctionnement de la mutuelle en phase de démarrage est opportune, les coûts des activités de sensibilisation et de communication ne pouvant pas être supportés par les fonds propres hors subventions des mutuelles, sauf à les capitaliser . Par ailleurs, l'utilisation des outils de gestion manuelle est indispensable en attendant l'appréciation des avantages et inconvénients de l'informatisation lors de la prochaine évaluation et de pouvoir décider de sa généralisation.

³¹ Guy CARRIN, OMS 2003

4. **L'animation.** Le choix d'un animateur. C'est là sans conteste l'élément clé. A coté des comités d'initiative, il est crucial que soit choisi (et rémunéré à cet effet) une personne bien motivée pour porter la mutuelle au quotidien. La qualité de l'animation et sa proximité déterminent considérablement la pérennité de la mutuelle.
5. **Les équipes dirigeantes :** le choix des membres du Comité d'Initiative et des membres du Conseil d'Administration pour mener des activités de plaidoyer et de sensibilisation , doit se baser sur l'engagement , la confiance et la disponibilité des personnes respectées et leaders de grandes organisations populaires, et non sur des personnes nommées ou sur des considérations qui vont développer plutôt de la méfiance au sein des populations ; c' est certainement un autre atout pour la viabilité des mutuelles de santé .
6. **La promotion d'une mutuelle.** Seules les associations et dans certains cas les Entreprises de micro finance peuvent véritablement porter une mutuelle. Des individus isolés certes ont adhéré à MHO, mais on a tout de suite vu qu'ils n'ont pas réussi à se positionner lors des élections malgré l'auréole dont ils étaient personnellement vêtus. La question est d'autant plus importante qu'elle occulte pour le futur la difficile collecte des cotisations.
7. **La couverture de la population.** On peut estimer qu'une mutuelle pour atteindre tout son potentiel devrait couvrir environ 5.000 personnes dans les villages et 10.000 personnes en milieu urbain. Le développement des mutuelles de santé par district de santé et non par aire de santé permet de couvrir une forte population et faire intervenir la loi des grands nombres qui est un élément fondamental pour le développement des mutuelles de santé. Par ailleurs, la décentralisation est un atout considérable pour une couverture importante de la population et l'atteinte des objectifs de la Stratégie Sectorielle de santé : elle favorise la mobilisation des moyens et leur gestion par les bénéficiaires.
8. **La perception de la mutuelle par la population .** On note que les populations sont intéressées par le mouvement mutualiste, dans la mesure où elles adhèrent facilement ; mais elles hésitent à cotiser avant de s'assurer de la fonctionnalité du processus. Il faut donc s'assurer que des fonds de garantie existent afin de ne pas décevoir les populations qui se sont engagées dans un tel processus. Le cofinancement avec l'Etat, les Collectivités Territoriales Décentralisées et les partenaires pourra soutenir le mouvement mutualiste pendant un moment plus ou moins long pour assurer la pérennité du mouvement .
9. **L'implication de la Commune dans la mise en place des mutuelles de santé.** Nous pouvons confirmer que c'est là un atout clé dans la mesure où parmi les mutuelles en à l'étude, c'est là où le maire s'est personnellement investi que le projet connaît une certaine réussite. En outre, la décision de la Commune de Manjo de contribuer à hauteur de 600.000FCFA au financement de la mutuelle de Manjo et pour 400.000FCFA à celle de N'lohé pour le compte de l'année 2005 pourra avoir un impact significatif pour la viabilité de ces mutuelles si cette subvention est reconduite chaque année . Si les risques de dépendance des mutuelles vis-à-vis des subventions communales sont minimisés, il est tout de même recommandé que cette subvention soit destinée au financement des charges autres que la consommation médicale.
10. **L'attractivité du produit.** Elle est forte car couvrant à 75% les soins ambulatoires, les hospitalisations et les interventions chirurgicales, sauf pour MHO qui ne couvre pas les soins ambulatoires. La prise en charge des chirurgies programmées comme les

hernies et les fibromes est sûrement un facteur attractif supplémentaire, mais qui risque de poser des problèmes de surconsommation et d'anti-sélection à court terme.

11. **La contrôlabilité du produit.** La gamme de mesures de contrôle mise en place laisse entrevoir un contrôle efficace de la consommation médicale : délivrance d'une lettre de garantie, plafonnement des prises en charge, observation d'un délai de carence, le livret avec photos de tous les bénéficiaires.
12. **La fonctionnalité du système d'information, de gestion et de contrôle.** Des procédures comptables de gestion et de contrôle ont été développées et mises en place : une simplification de ces outils doit être envisagée pour une utilisation adaptée. On a noté un déficit d'information en matière de suivi du risque(bénéficiaires ,suivi des consommations par mutualiste, suivi des fréquences et des coûts par prestation, par prestataire et par mutuelle) qu'il convient de corriger rapidement pour connaître les termes de viabilité du produit.
13. **Le paiement des cotisations.** Le paiement fractionné des cotisations, reposant sur les administrateurs bénévoles de la mutuelle, pose déjà un problème de charge de travail et du coût qu'il induit :la recherche-action doit être poursuivie pour déterminer au cas par cas les procédures les plus efficaces de collecte(mise à contribution des associations de base, recours aux services des Entreprises de micro finance, période fermée de collecte des cotisations et gestion professionnelle, professionnalisation de la gestion).
14. **Le taux de prélèvement des frais de gestion.** Les modes de calcul des cotisations prévoient que 20% du montant des cotisations soit affectés aux charges de gestion directe de la mutuelle. Pour notre part, un prélèvement supplémentaire devra être fait pour supporter les charges de gestion externe relatifs aux audits financiers et médicaux, au suivi technique du risque, à la contribution dans les futures unions. Un prélèvement de 25% au lieu de 20% n'est pas à exclure et permettrait de bons résultats en terme de viabilité des mutuelles. Un maximum de 5% devrait être réservé aux activités de collecte des cotisations et 11.7% aux autres charges directes.
15. **Le niveau de gestion du risque.** Le développement des mutuelles par aire de santé et non par district de santé est favorable pour une communication rapprochée, un contrôle social ,une facilitation de la collecte des cotisations , un accroissement des taux de pénétration et une couverture plus large de la population. Cependant il est recommandé de développer des mutuelles de santé par district de santé si l'on veut atteindre les objectifs de la Stratégie Sectorielle de Santé.
16. **La prise en compte des interventions chirurgicales programmées :** elle doit être contrôlée avec des mesures telles que le paiement de la cotisation annuelle de l'adhérent et de tous ses ayants droits.
17. **Le bénévolat.** La sensibilisation et la communication reposent sur un travail bénévole des élus de la mutuelle ; le recours à des agents indemnisés pour renforcer le travail de communication rapprochée est à envisager dans les mutuelles.
18. **Les prestataires.** La satisfaction des facteurs de qualité et le positionnement des prestataires par rapport à la mutuelle sont des déterminants importants pour la viabilité d'une mutuelle ; aussi , on peut citer parmi les atouts observés lors de l'évaluation :
 - ✓ La qualité des prestations fournies ;
 - ✓ Une disponibilité satisfaisante en personnel ;
 - ✓ La disponibilité en médicaments ;
 - ✓ La qualité de prestataire partenaire.

19. ***La dynamique d'adhésion.*** Les mutuelles à l'étude parviendront à attirer un grand nombre de membres qui payent effectivement leur cotisation, si elles prennent en compte les préoccupations et les préférences des mutualistes, si elles signent des contrats avec les formations sanitaires qui donnent accès aux soins de qualité, si elles synchronisent la collecte des cotisations avec des périodes de revenus.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Stratégie de mise en œuvre des recommandations

Les mutuelles de santé étudiées constituant des expériences pilotes, il est important de pouvoir tirer quelques enseignements pour une répliation.

Il est possible, à l'instar du Rwanda qui a réussi à couvrir en trois ans avec un appui financier et technique important près de 30% de la population par des mutuelles de santé, de se rapprocher des objectifs de la SSS durant les cinq prochaines années.

La SSS de 2001-2010 prévoit comme objectif, d'instituer le partage du risque maladie sur l'ensemble du pays et plus spécifiquement (i) d'amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé dans chaque district de santé; (ii) de faire couvrir au moins 40% des populations par des mutuelles de santé.

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère de la Santé Publique a mis en place un cadre institutionnel chargé des questions de la mutualité avec pour mission l'élaboration d'un plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé au Cameroun .

Description du plan stratégique³²

Objectif : 40% de la population couverte d'ici 2010.

1. Principes

Développer un esprit mutualiste sur toute l'étendue du territoire national

1.1 Conditions

- ✓ Volonté et soutien politique du gouvernement, de la société civile et des bailleurs ;
- ✓ Forte mobilisation sociale sur tout le territoire national ;
- ✓ Développement de la qualité des soins par la contractualisation ;
- ✓ Financement important au démarrage.

Atouts :

- Volonté affichée par le MSP ;
- Forte mobilisation de la société civile à travers un cadre national de concertation existant et dynamique incluant des responsables de mutuelles, des collectivités locales, des ONG, des assureurs...
- Existence d'un mouvement mutualiste : 58 mutuelles existantes, 57 en cours de création.
- Mobilisation des bailleurs à travers une plate forme des promoteurs.
- Financement déjà obtenu auprès de : BAD, CTB, GTZ. Financement prévu : C2D.

1.2 Organisation

- 1 centre national autonome dont le statut est à définir, avec 1 conseil d'administration composé de bailleurs et de représentants de l'état ;
- 1 Fonds de promotion et de développement des mutuelles à statut autonome, alimenté par l'Etat, les partenaires au développement et les contributions des mutuelles ;
- 1 opérateur en charge du centre national et du Fonds choisi par appel d'offre pour mettre en œuvre la politique définie ;
- des centres provinciaux animés par des opérateurs sous contrat avec le centre national ;

³² Travail réalisé par le groupe d'experts chargé de l'élaboration du plan stratégique de promotion et de développement des MS

1.3 Fonctionnement

- Le centre national en collaboration avec les antennes provinciales organise une sensibilisation des populations jusqu'au niveau des aires de santé ;
- La population étant informée, des initiatives de création de mutuelles émergent
- Le centre national et les antennes provinciales apportent l'appui technique et financier nécessaire pour aider ces initiatives à se mettre en place ;
- L'appui aux mutuelles est multiforme : mobilisation sociale, formation, gestion... ;
- Chaque mutuelle contractualise avec 1 ou plusieurs centres de santé de sa zone d'attraction ;
- Le suivi de chaque mutuelle s'effectue sur une période de 6 années avant l'autonomisation ;
- Une garantie financière est apportée à la population quelles que soient les difficultés rencontrées par la mutuelle .

1.4. Ressources et gestion

Financières

- Fonds de promotion et de développement des mutuelles alimenté par :
 - subvention de l'état
 - subventions des bailleurs ou de privés
 - recettes propres (à partir des cotisations des mutuelles)

Humaines

- personnels recrutés par l'opérateur principal pour le centre national
- personnels recrutés par les opérateurs associés pour les antennes provinciales
- assistance technique assurés par les bailleurs

Gestion : comptabilité privée

1.5 Evolution

Disparition progressive du centre national et des antennes qui seront progressivement remplacés par des unions provinciales de MS et une fédération nationale.

2. Axes stratégiques : Cinq axes stratégiques ont été définis

- Mettre en place un dispositif institutionnel incitatif et approprié pour la promotion et le développement des mutuelles de santé ;
- Faire la promotion des mutuelles de santé par la réalisation d'un plan de marketing social sur la mutualité et la couverture du risque maladie ;
- Développer les mutuelles de santé dans chaque districts en particulier par :
 - *Le renforcement des capacités des acteurs*
 - *La promotion du partenariat entre les mutuelles de santé et les prestataires de soins*
 - *Le développement de la recherche-action et de la recherche opérationnelle sur la mutualité*
- Développer des mécanismes de prise en charge des indigents ;
- Définir un Paquet Minimum de Soins Essentiels et le rendre accessible à toute la population.

3. Hypothèses

3.1 Croissance du nombre d'adhérents

1^{ère} année 1300 adhérents

2^{ème} année et suivantes : 500 adhérents supplémentaires /an pendant 7 ans

Moyenne : 4800 adhérents/mutuelle à partir de la 8^{ème} année

3.1 Croissance du nombre d'adhérents

- 1^{ère} année 1300 adhérents ;

- 2^{ème} année et suivantes : 500 adhérents supplémentaires /an pendant 7 ans ;

- 4800 adhérents/mutuelle à partir de la 8^{ème} année.

3.2 Coûts

Tableau 12 : Coût de création d'une mutuelle pour la première année

Détail coût pour la 1^{re} année(en millier de fcfa)

Investissements	
équipements	200 000
fonds garantie	500 000
Subvention de fonctionnement	110 000
Fonctionnement	
Frais coordination (au niveau province)	659 000
Frais fonctionnement de la MS	1 368 000
Total	2 837 000

4. Résultats attendus

- Tous les districts de toutes les provinces sont couverts au bout de la 6^{ème} année
- Chaque province dispose d'une équipe d'animation provinciale
- Au total :
 - o 1514 mutuelles sont créés au bout de la 6^{ème} année ;
 - o 6 748 000 personnes sont couvertes au bout de la 10^{ème} année ;
 - o en moyenne une mutuelle couvre 4450 personnes ;
 - o toutes les provinces ont un taux de couverture d'au mois 37,5% ;
 - o la couverture nationale est de 42% ;
 - o 303 animateurs permettent un suivi de toutes les mutuelles ;
 - o le coût moyen de création d'une mutuelle (incluant promotion, investissement, formation, fond de garantie) est de 2,837 millions ;
 - o le coût total du programme est de 20,357 milliards FCA sur 10 ans (fonctionnement 17,835 ; investissement 2,521) ;
 - o dans l'hypothèse d'un versement de 10 % des cotisations au fonctionnement du système, l'équilibre est obtenu à partir de la 7^{ème} année (pour le fonctionnement des mutuelles, des centres provinciaux et du CNPDMS) ;
 - o le budget à trouver est de 7,271 milliards (2,521 pour l'investissement, 4,749 pour le fonctionnement) pendant 7 ans.

BIBLIOGRAPHIE

1. *ATIM Chris, 1999. Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, on profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. Social Science and Medecine*48, 881-896.
2. *ATIM, Chris, 2000-a. Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèses de travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. BIT/STEP/ANMC/WSM.*
3. *BIT/STEP, CIDR. Guide de suivi et d'évaluation des systèmes de micro-assurance santé.*
4. *BIT/STEP, Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants des mutuelles de santé en Afrique.*
5. *BIT/STEP, 2000. La micro-assurance santé en Afrique : guide d'introduction à la mutuelle de santé. BIT/STEP/Afrique, Dakar Sénégal.*
6. *BIT/STEP/SEED, 2001. Mutuelles de santé et associations de micro-entrepreneurs. Guide*
7. *Brouillet Pascal et al. 1997. Emergence des mutuelles de santé en Afrique : enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal.*
8. *Carrin G. et al. 1997. Réforme du système médical coopératif rural en Chine : une analyse de l'expérience initiale. CIDEF*
9. *Carrin, G. 2003, Régimes d'assurance maladie communautaire dans les pays en développement : faits, problèmes et perspectives, pages-30-36*
10. *CIDR, GTZ et al, mars 2005. Rapport de la mission d'évaluation du volet « Renforcement des Capacités Communautaires » de la GTZ.*
11. *CONTANDRIOPOULOS A-P et al., 1990. Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer. Les Presses de l'Université de Montréal.*
12. *Courrier de la concertation . Actes du forum 2000, 2005*
13. *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté au Cameroun*
14. *FALL Aboubacry, 2000. Contribution à l'étude de viabilité des mutuelles de santé à assurer le financement de la demande au Sénégal. Mémoire DSES 2000.*

15. *GALLAND B. et al, 1997. Mutualité et systèmes de prépaiement des soins de santé en Afrique Subsaharienne. CIDEF*
16. *Gotz Huber, Jurgen Hohmann, Kirsten Reinhard, 2003 Mutuelles de santé-5ans d'expérience en Afrique de l'Ouest : débats, controverses et solutions proposées*
17. *HSIAO William, 1999. Le financement des soins de santé dans les pays du sud. Université de Harvard.*
18. *Johannes Jutting et Justin Tine, décembre 2000. Système micro-assurance et état de santé dans les pays en voie de développement : une analyse empirique de l'impact des mutuelles de santé en milieu rural sénégalais.*
19. *KODJO Niamké Ezoua, 2001. Analyse des facteurs déterminant la viabilité des institutions de prévoyance maladie (I.P.M) au Sénégal. Mémoire DSES, Novembre 2001 .*
20. *La Concertation, 2004. Inventaire des systèmes d'assurance maladie en Afrique : synthèse des travaux de recherche dans onze pays.*
21. *L'enfant en milieu tropical, N°228-1997. CIEF. Prépaiement des soins de santé.*
22. *LE FAOU A-L. , L'économie de la santé en questions. Ed. Ellipse/Paris. p159*
23. *LETOURMY Alain, 1996. L'assurance maladie obligatoire au Sénégal : analyse et voies d'amélioration. CNRS/Paris France.*
24. *Ministère de la Santé Publique. Stratégie Sectorielle de santé du Cameroun, octobre 2001.*
25. *OMS, 2000. Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant. Genève Suisse.*
26. *ORAF/CISL, 1997. Les mutuelles de santé des travailleurs en Afrique. Guide d'initiation.*
27. *Rapport sur le Forum mondial de la santé 1987 : soins de santé, qui paie ?*
28. *Rapport préliminaire de l'enquête démographique et de santé, 2004.*
29. *SAILD, 2004-2005. Rapports sur la mise en place des mutuelles de santé à Sa'a, Manjo et Kumbo.*
30. *SAILD , 2003. Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre : cas du Cameroun.*
31. *Tshinko B. Ilunga et al., 1997. Mutuelles et assurances rurales de la santé : quelles approches pour l'Afrique ? CIDEF*

ANNEXES

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Grille d'évaluation des systèmes de micro assurance

A- Chronogramme

1. Origine de l'intervention de la GTZ

.....

2. Critères de choix

.....

3. Activités préalables à l'intervention de la GTZ

.....

4. Date des AG constitutives :

5. Date du démarrage des collectes des cotisations :

6. Date de signature des contrats avec les prestataires :

7. Date de démarrage des prises en charge :

B- Les garanties

B-1 Modalités d'adhésion : I F G et conditions : qui peut adhérer ?

.....

B-2 Période de cotisation :

B-3 Les prestations (Voir grille)

C- La gestion courante des mutuelles

Liste des outils de gestion disponibles (voir liste)

Entretien avec les gestionnaires sur la réalisation de leur tâches (maîtrise, temps,...)

D- Le Suivi du risque

	Fait	Par	Périodicité
Suivi des fréquences			
Suivi des coûts			
Suivi des consommations			
Suivi des bénéficiaires moyens			

E- Gestion financière et situation financière

E-1 Gestion financière

	Fait	Appréciation	Commentaires
Budgét prévisionnel			
Plan de trésorerie			
Gestion séparée BU et CG			
Provision de réserves			
Compte de résultats			
Bilan			

E-2 Situation financière

	Période 1	Période 2	Période 3
Cotisation encaissée			
Droits d'entrée			
Prestations servies			
Frais de gestion			
Supports de gestion			
Personnel de gestion			
Indemnité des élus			
Ratio de sinistralité			
Frais de gestion/cotisation			
Taux de réserves			
Taux de recouvrement des cotisations			

F- Organisation de la gouvernance

Revue des statuts

Composition du CA :

.....

.....

Fréquence de réunion :

Respect des dates des réunions statutaires (AG CA Bureau)

G- Viabilité

Taille de la population cible

Nb d'adhérents :

Nb de bénéficiaires :

I. Impact

Montant des prestations sanitaires servies

% du CA pour les prestations sanitaires correspondantes :

% du CA dans le total des recettes du RC.

ESAG - BIBLIOTHEQUE

Description des prestations couvertes	Niveau de couverture	Période de carence	Plafonnement	Cartes photos	Autres mesures de contrôle
					Référence, autorisations préalables, sélection des prestataires

List of tools	Available yes/no	Evaluation of use of the tool
Administrative and technical management tools		
Membership book		
Enrolment and contribution sheet		
Register of enrolment, payment of contributions and enrolment fees		
List of beneficiaries (or those excluded)		
List of contracts		
Register of treatments provided		
Treatment certificate		
Guarantee letter		
Healthcare providers' invoice		
List of charges operated by healthcare providers		
Additional administrative and technical management tools		
Table of socio-demographic characteristics of the total population and the target population		
Monitoring sheet for the number of beneficiaries		
Base sheet for benefits provided by the healthcare provider		
Monitoring sheet for the breakdown and cost of benefits covered		
Monitoring sheet for the average cost of benefits covered		
Monitoring sheet for risk frequency		
Management accounting tools (memorandum)		
Financial management tools		
Budget		
Cashflow plan		
Financial monitoring tools		
Budget monitoring sheet		
Cashflow monitoring sheet		

Control entity	Activities	Membership book	List of excluded persons	Guarantee letter	Treatment certificate
SA	Updating membership registers or lists				
	Verification of validity of membership book				
	Control of registration of beneficiary on membership list				
	Updating of list of excluded persons				
	Matching of membership lists (or list of excluded persons)/invoices				
	Matching guarantee letters/invoices				
	Matching treatment certificate/invoices				
Service provider	Verification of validity of membership book				
	Control of registration of beneficiary on the membership book				
	Reference to a list of excluded persons established by the MIS				
Total scores per tool					

