

**PROMOTION DE MUTUELLES DE
SANTÉ PAR L'OCASC
(Organisation Catholique pour la Santé)**

**Rapport d'étude préalable pour la formulation
d'un projet de co-promotion de mutuelles de santé**

Sommaire

ABRÉVIATIONS	5
SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE	6
PRÉAMBULE	6
PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION GÉNÉRALE	8
I. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU CONTEXTE D'ÉTUDE	8
1. <i>Présentation du Cameroun</i>	8
2. <i>La santé au Cameroun</i>	9
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	14
1. <i>Les axes stratégiques du projet à étudier</i>	14
2. <i>Objectifs de l'étude</i>	15
3. <i>Pertinence des objectifs au regard de la politique nationale</i>	15
III. PRÉSENTATION DE LA MÉTHODOLOGIE SUIVIE.....	16
1. <i>Méthodologie de l'étude des termes de la viabilité des mutuelles</i>	16
DEUXIÈME PARTIE : LES TERMES DE LA VIABILITÉ DES MUTUELLES	26
A. LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LES PRATIQUES D'ENTRAIDE OBSERVÉES	26
1. <i>Les motifs de l'entraide et de la solidarité</i>	26
2. <i>Les modalités d'entraide et de solidarité</i>	26
3. <i>Les lieux de l'entraide et de la solidarité</i>	27
4. <i>Les enseignements tirés</i>	30
B. LES BESOINS DE PRÉVOYANCE : LA PRÉSENCE D'EXCLUSIONS ET LES DIFFICULTÉS DE PAIEMENT DES SOINS OFFERTS PAR LES FSC.....	30
1. <i>La caractérisation des différentes formes d'exclusions</i>	31
2. <i>Détermination des seuils d'accessibilité financière</i>	32
3. <i>Conclusion</i>	33
C. QUALITÉ DES SOINS OFFERTS ET PERFORMANCE DES FSC DANS LES ZONES ÉTUDIÉES ...	34
1. <i>La qualité de soins (ou la performance technique)</i>	34
2. <i>La performance économique des formations sanitaires</i>	36
D. CARACTÉRISATION DE LA DEMANDE EN MICRO-ASSURANCE SANTÉ	37
1. <i>La détermination des intentions de cotisation à la mutuelle</i>	37
2. <i>Les prestations à couvrir en priorité</i>	39
3. <i>Le choix des prestataires</i>	39
4. <i>La périodicité de la collecte des cotisations</i>	40
5. <i>Le choix du mode de copaiement</i>	40
6. <i>Le test des produits</i>	40
7. <i>L'estimation des taux de pénétration prévisionnelle</i>	42
8. <i>Enseignement des résultats des enquêtes auprès des ménages</i>	42
E. L'ORGANISATION DE L'EGLISE CATHOLIQUE.....	43
1. <i>Les points communs aux zones étudiées</i>	43
2. <i>Les spécificités par zone</i>	44
TROISIÈME PARTIE : LES RÉSULTATS DU DIAGNOSTIC DES MUTUELLES EXISTANTES DANS LES ZONES D'INTERVENTION SÉLECTIONNÉES	45
A. LE CONSTAT EFFECTUÉ	45
1. <i>Les effectifs actuels et les tendances</i>	45

2. Les produits proposés	46
3. La gestion comptable et financière	46
4. Le suivi du risque	46
5. La situation financière des mutuelles	47
B. LES CAUSES DU CONSTAT	47
1. Certaines causes sont matérielles	47
2. D'autres causes identifiées sont structurelles	47
3. D'autres trouvent leur origine dans la relation avec les prestataires	48
C. LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS	49
QUATRIÈME PARTIE : CHOIX D'UNE STRATÉGIE RENDANT POSSIBLE L'OBTENTION DE TAUX DE PÉNÉTRATION ÉLEVÉS	50
A. CHOIX D'UNE APPROCHE SOCIALE ET JUSTIFICATION	50
B. JUSTIFICATION DES CHOIX EFFECTUÉS	51
1. Justification de la franchise comme mode de copaiement	51
2. Justification du subventionnement et de la réassurance	53
3. Justification d'une période de collecte de cotisation unique	54
C. ELABORATION DE PRODUITS À PROPOSER ET STRATÉGIE D'ACCOMPAGNEMENT	54
1. Produit grand public	55
2. Produit à montant de cotisation plus élevé et à franchise plus basse	56
D. LES PRINCIPES DE GESTION DES MUTUELLES	56
1. Le constat	57
2. Les principes et les modalités de gestion des mutuelles	57
3. Les modalités pratiques dans les zones étudiées	58
E. LE NIVEAU D'IMPLICATION DES FSC DANS LA PROMOTION ET LA GESTION DES MUTUELLES DE SANTÉ	61
1. Les résultats des entretiens avec les responsables des formations sanitaires dans les zones étudiées	61
2. Les enseignements tirés pour la formulation du programme	63
CINQUIÈME PARTIE : L'ÉTABLISSEMENT D'UN PARTENARIAT DURABLE ENTRE LES FSC ET LES MUTUELLES DE SANTÉ	65
A. OPPORTUNITÉ DE LA COLLABORATION	65
B. LES AVANTAGES	65
C. LES INCONVÉNIENTS	66
D. LES RISQUES	66
E. LES FREINS À L'INSTAURATION DU PARTENARIAT	66
F. LES MESURES IDENTIFIÉES POUR LE RENFORCEMENT DU PARTENARIAT	67
1. L'harmonisation des modes de facturation entre les mutuelles	67
2. Le renforcement des capacités gestionnaires des prestataires	67
3. La mise en place de « structures de dialogue » entre les mutuelles de santé et les FSC	67
4. La mise à disposition d'un fonds d'assurance forfait	67
SIXIÈME PARTIE : LE DISPOSITIF D'APPUI FINANCIER POUR LE RENFORCEMENT DES MUTUELLES	69
A. LE SUBVENTIONNEMENT INITIAL DES PRODUITS GRAND PUBLIC	69
1. Définition	69
2. Objectifs	69
3. Modalités	69

4. Coût	70
B. LA RÉASSURANCE TYPE CONTRAT À EXCÉDENT CONSOLIDÉ	70
1. Définition.....	70
2. Objectifs	71
3. Modalités d'intervention	71
4. Coût et modalités de financement	72
5 Modalités de financement	72
C. LA RÉASSURANCE TYPE EXCÈS DE PERTE PAR RISQUE.....	72
1. Définition.....	72
2. Objectifs	72
2. Modalités de gestion	73
3 .Coût et modalités de financement	73
SEPTIÈME PARTIE : LES TERMES DE LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DES	
MUTUELLES.....	75
A. LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DES MUTUELLES PRIMAIRES	75
B. LA VIABILITÉ FINANCIÈRE DES STRUCTURES FAITIÈRES	75
CONCLUSION	77

Abréviations

APCAS	Association pour la Promotion du Capital Social
ASSCAL	Association de Développement Local (Association des Amoureux du Livre)
BAD	Banque Africaine de Développement
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CS	Centre de Santé
FSC	Formation Sanitaire Catholique
HD	Hôpital de District de Mbalmayo
GTZ	Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
OCASC	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
OFSAD	Organisation des Femmes pour la Santé et le Développement
PPTE	Pays Pauvres Très Endettés
RDPC	Rassemblement Démocratique Populaire du Cameroun
SAILD	Service d'Appui aux Initiatives Locales du Développement
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle (Master Français des Affaires Etrangères)
TFP	Taux de Financement Propre
TP	Taux de Pénétration

Synthèse de l'étude

Préambule

L'OCASC (Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun) a retenu le développement des mutuelles de santé comme un des axes stratégiques de son programme pour les années à venir. Cette orientation s'inscrit dans la politique de santé nationale en cours d'application. L'OCSAC s'interrogeait sur le rôle qu'elle et ses membres, les Formations sanitaires Catholiques (FSC), pouvaient jouer dans le développement des mutuelles de santé au Cameroun. Sur la base des actions communes déjà été réalisées et de la confiance mutuelle qui s'est construite, le CIDR et l'OCASC ont convenu d'établir un partenariat pour promouvoir conjointement un programme de promotion de mutuelles de santé dans lequel les hôpitaux privés sociaux joueraient un rôle de promoteurs et de facilitateurs.

Les termes de référence de l'étude préalable ont été élaborés conjointement, et soumis eu F3E et au SCAC de Yaoundé pour financement. Ils ont été actualisés et complétés lors de la première mission du CIDR en Janvier 2007.

L'étude devait étudier les termes de la faisabilité des trois axes stratégiques que se fixe l'OCASC :

1. Promouvoir des mutuelles de santé à l'initiative des Diocèses et avec les FSC : Cet axe se justifie par le besoin encore présent de diversifier les approches de création des mutuelles en utilisant davantage le potentiel que représentent les structures d'Eglise et leurs formations sanitaires confessionnelles,
2. Renforcer le partenariat entre les mutuelles existantes et les FSC : Cet axe s'impose face aux sollicitations de plus en plus nombreuses dont sont l'objet les FSC de la part des mutuelles de santé,
3. Concevoir des outils financiers adaptés au développement des mutuelles visant un public cible à revenus modestes.

Pour répondre à cette attente, les activités suivantes ont été menées :

1. L'étude des termes de la faisabilité de mutuelles de santé dans 4 aires de santé pré sélectionnées. Elle a été réalisée par la Chargée d'Etude du CIDR. Elle fait l'objet d'un document dénommé « Promotion des mutuelles de santé par l'OCASC : Etude de cas et Annexes ».
2. Un diagnostic approfondi de l'offre de soins par le D. Fouakeng, Expert National, dans les aires de santé pré sélectionnées. Il a fait l'objet d'un rapport séparé : « Rapport de l'Evaluation de l'offre de soins dans 8 formations sanitaires sélectionnées dans les zones de Dschang, Mbalmayo, et Yaoundé ».
3. La collecte d'informations sur les mutuelles existantes. Ce volet non prévu initialement a été rendu possible grâce à l'intervention du SCAC de Yaoundé qui a mis à disposition un de ses assistants techniques travaillant sur ce thème. Un rapport très documenté sur les mutuelles étudiées a été élaboré par J. Guillebert, chargé de ce volet de l'étude : « Collecte d'informations sur les mutuelles de santé de la Province de l'Ouest au Cameroun ».

Le présent document expose la synthèse de ces différents travaux. Il s'articule en 6 parties :

1. Une première partie décrit le contexte relatif au développement des mutuelles de santé au Cameroun.
2. Une deuxième partie présente les termes de la viabilité des mutuelles dans les zones étudiées.
3. Les résultats du diagnostic des mutuelles existantes dans les zones sélectionnées constituent la troisième partie.
4. La quatrième partie examine les composantes d'une stratégie rendant possible l'obtention de taux de pénétration élevés par les mutuelles.
5. La cinquième partie est plus particulièrement destinée aux responsables des formations sanitaires catholiques. Elle analyse les termes d'un partenariat durable avec les mutuelles de santé et les mesures d'accompagnement favorisant ce partenariat.
6. La dernière partie décrit le dispositif d'appui financier de nature à consolider les mutuelles, qu'elles soient ou non promues par l'OCASC.

L'étude a permis de réunir les informations pour la formulation d'un programme à deux composantes :

1. La mise en œuvre de recherches opérationnelles dans 4 zones test.
2. Un appui à la demande aux FSC et aux mutuelles dans d'autres provinces souhaitant établir un partenariat durable.

Première partie : Présentation générale

I. Présentation générale du contexte d'étude

1. Présentation du Cameroun¹

Le Cameroun est un pays d'Afrique Centrale s'étendant sur une superficie de 475 650 km², laquelle présente une forme triangulaire. Sa base est limitée au Sud par la Guinée Equatoriale, le Gabon et le Congo. Le Cameroun est borné à l'Ouest par l'Atlantique et le Nigeria, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord-est par le Tchad. Il s'étire au Nord jusqu'au Lac Tchad, sommet du triangle. Constitué de forêts équatoriales au Sud et à l'Est, des hauts plateaux à l'Ouest et du Nord soudano-sahélien, il offre une grande diversité géographique.

Le pays compte plus de 230 ethnies réparties en cinq grands groupes : Soudanais, Hamites, Sémites (généralement Animistes ou Islamisés) dans le Grand Nord, Pygmées dans le Sud et l'Est (Animistes ou Christianisés), Bantous et apparentés dans le reste du pays.

La population du Cameroun est estimée à 15 729 000 habitants², inégalement répartis dans les dix provinces administratives (de 4 habitants/km² dans les provinces de l'Est et du Sud jusqu'à 300 habitants/km² dans les provinces septentrionales et à l'Ouest). Le taux de croissance annuel de la population camerounaise est de l'ordre de 2,7 %³. Caractéristique commune des pays africains en développement, la population est essentiellement jeune (56 % de la population sont âgés de moins de 20 ans).

Indépendant depuis 1960, le Cameroun est une République multipartite démocratique. L'actuel Président, Paul BIYA (RDPC), a succédé à Amadou AHIDJIO en 1982. Il a été réélu en 2004 pour sept ans.

Le PIB par habitant en PPA était de 2 585 \$ en 2005⁴. Le PIB s'élevait à 7 609 milliards de FCFA en 2002⁵, soit près de la moitié de celui de la zone CEMAC (16 627 milliards FCFA).

La formation du PIB du Cameroun repose essentiellement sur les services marchands⁶ (48 %) et sur le secteur primaire (près de 21 %), partagé entre agriculture vivrière (maïs, manioc, macabo, plantains, mil, sorgho, arachide) et agriculture de rente (cacao, café, coton). Quid des exportations de pétrole, bois, aluminium, caoutchouc ?

Le pays entretient de faibles relations commerciales avec les pays de la CEMAC (4 % des exportations et 3,5 % des importations en 2005). Ses principaux partenaires sont les pays de l'Union Européenne (56,6 et 42,8 % en 2004) - dont le solde global est positif.

¹ Voir en annexe 3 la carte géographique du Cameroun

² Perspectives économiques en Afrique – BAD/OCDE 2004 - Cameroun

³ République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique pour la Promotion et le Développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005-2015, octobre 2005.

⁴ OCDE, Perspectives économiques en Afrique, Cameroun, 2006

⁵ EDSC III 2004

⁶ OCDE, op.cit.

Le déclin des revenus issus de la rente pétrolière (- 20 % par an, par épuisement naturel) et la chute des cours du café et du cacao⁷ plongent le pays depuis 1987 dans une crise économique, encore aggravée par la dévaluation du FCFA et les plans d'ajustements structurels successifs. Le niveau de l'inflation s'est établi à 10,5 % au cours des cinq dernières années.

Le Cameroun a connu une croissance médiocre en 2005 (2,8 % contre 3,5 en 2004). L'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE au deuxième semestre 2006 laisse espérer une amélioration par la relance de l'investissement public et, par effet d'entraînement, la dynamisation des investissements privés.

2. La santé au Cameroun

2.1. Profil sanitaire

Les principales causes de morbidité sont le paludisme et le VIH/Sida. Le paludisme est responsable de 40 à 50 % des consultations et de 23 % des hospitalisations.

Le taux de prévalence du VIH-Sida est estimé à 5,5 %.

Les infections respiratoires et les dermatoses comptent aussi parmi les causes les plus fréquentes de consultations. On note une augmentation de la prévalence de l'Hyper Tension Artérielle (7,7 % rural – 16,5 % urbain), du diabète sucré (3,8 % en milieu rural – 5,6 % urbain) et des cancers.

Tableau 1 : Quelques indicateurs sanitaires du Cameroun

Indicateurs	Valeur
Espérance de vie à la naissance	46,8 ans ⁸
Taux de mortalité infantile	95 ‰ ⁹
Taux de mortalité infanto-juvénile	142 ‰ ¹⁰
Taux de mortalité	10,1 % (en 1998 contre 12,8 % en 1991) ¹¹
Population âgée de 65 ans et plus	3,7 % (2002) ¹²
IDH	
Malnutrition chronique des enfants de moins de 3 ans	32 % ¹³
Dépenses de santé en pourcentage du PIB	3,3 % (2001) ¹⁴
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	7,8 % (2001) ¹⁵
Ratio médecin/habitant	1 médecin pour 10 083 habitants et
Ratio infirmier/habitant	1 infirmier pour 2 249 habitants ¹⁶

⁷ Si les exportations de cacao ont progressé en valeur de 1,3 %, celles du café et du coton ont fortement diminué (21 % et 45,3 %) entre 2004 et 2005

⁸ Rapport Mondial sur le Développement Humain – PNUD 2004

⁹ Ibid.

¹⁰ Plan Stratégique pour la Promotion et de Développement des mutuelles de santé au Cameroun 2005-2015

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ EDS 2004

¹⁴ The World Health Report - statistical annex - WHO 2004

¹⁵ Ibid.

¹⁶ PNUD 2000

2.2. Organisation du système de santé

Le système national de santé est structuré en trois niveaux, selon un système pyramidal classique. Chacun dispose de structures administratives, de formations sanitaires et de structures de dialogue relatives à leurs fonctions (voir en annexe II).

Il s'organise en trois secteurs :

- le secteur public,
- le secteur privé lucratif et non lucratif (confessionnels essentiellement),
- le secteur de la médecine traditionnelle, encore peu organisé, mais dont la prégnance des pratiques dans la population est non négligeable.

2.3. Financement de la santé

2.3.1. Le budget de l'Etat

La proportion du budget de l'Etat affectée à la santé reste faible par rapport à la déclaration de politique sectorielle de santé 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 santé et par rapport aux recommandations de l'OMS. Cette situation est aggravée par la faible capacité d'exécution des crédits d'investissement inscrits au budget, qui représentent environ 25% du budget alloué au Ministère de la Santé Publique

Tableau 2 : Evolution de la part du budget exécuté par le Ministère de la Santé

Exercices	BUDGET EXECUTE en millions de FCFA		
	NATIONAL	MINSANTE	MINSANTE/NATIONAL (en %)
1989 - 1990	488.820	24.559	5,02
1990 - 1991	501.245	25.249	5,04
1991 - 1992	571.864	27.217	4,76
1992 - 1993	466.847	22.820	4,89
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	838.400	38.098	4,54
1999 - 2000	733.300	31.947	4,35
2000 - 2001	869.500	55.317	6,36
2001 - 2002	989.000	69.136	6,99
2003	806 650	59.441	7,36
2004	823 650	58 295	7,07

Sources: de 1989 à 1997 : MINEFI/Direction du Budget, Recueil des Lois de Finances (Hors financements extérieurs, De 1998 à 2002 : Administrations économiques et financières, FMI et BEAC, De 2003 à 2004 : MINSANTE

2.3.2. Les dépenses de soins des ménages

Chaque ménage camerounais dépense actuellement en moyenne 23.400 FCFA dans les soins de santé, soit 3.900 FCFA par personne pour une famille moyenne de 6 personnes.

Ces dépenses varient suivant la catégorie socio-économique, ainsi, elles sont de :

- 37.400FCFA dans les ménages aisés.
- 10.500 FCFA dans les ménages à revenu intermédiaire.
- 5 900 FCFA dans les ménages pauvres.

Selon une étude récente, les dépenses en soins de santé des ménages se répartissent comme suit:¹⁷

- Pharmacies et autres vendeurs de médicaments : 53,0%.
- Formations privées à but non lucratif : 23,1%.
- Formations sanitaires publiques : 14,6 %.
- Médecine traditionnelle : 7,0 %.
- Cliniques à but lucratif : 2,3%.

Une bonne partie de ces dépenses, notamment pour ce qui est des médicaments et des formations sanitaires publiques, se fait dans l'informel. Le mécanisme de paiement à l'acte, qui est pratiqué au Cameroun, est essentiellement inflationniste ; il maintient les populations dans une gestion au coup par coup de leurs problèmes de santé. Selon l'ECAM de 1996, seules 48% des personnes se déclarant malades ont pu bénéficier d'une consultation.

2.3.3. L'assurance maladie

Le Cameroun compte cependant :

- Une couverture maladie obligatoire pour les personnels du secteur privé et parapublic (1 % de la population totale) organisée par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Elle couvre les prestations familiales, les accidents du travail et maladies professionnelles et les pensions retraites. Il n'existe pas de branche maladie. La CNPS n'est que peu fonctionnelle.
- Des systèmes de protection maladie volontaires : essentiellement les assurances maladie privées commerciales, et quelques initiatives de mutuelles de santé.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé a entrepris une réforme de l'assurance-maladie, dont la stratégie vise à étendre la couverture à l'ensemble de la population, par une combinaison de différents systèmes. Le cadre de la réforme de l'assurance maladie, tel que formulé en 2004, prévoit l'organisation suivante¹⁸ :

¹⁷.Ntangsi Joseph, An analysis of Health Sector.

¹⁸ République du Cameroun, Ministère de la Santé Publique, Cadre Général de la Réforme de l'Assurance Maladie, février 2004.

Tableau 3 : Organisation du système d'assurance maladie camerounais envisagée par la réforme

Système	Situations prise en compte et bénéficiaires	Source de financement
Système national de couverture maladie	- Soins Minima d'Accès Universel (SMAU) (programmes prioritaires, urgences.) - Soins essentiels pour les indigents	- Etat : Taxes, Impôts, fiscalité
Assurance maladie sociale	- Soins essentiels en dehors du SMAU (Secteur formel)	- Prélèvement obligatoire - Cotisation des travailleurs et employeurs
Mutuelles de santé	- Soins essentiels en dehors du SMAU (Secteur informel) - Couverture complémentaire (secteur formel)	- Cotisations des membres - Tontines
Assurance privée	- Soins essentiels en dehors du SMAU - Soins non couverts par les autres systèmes	- Souscription volontaire

2.4. La politique sanitaire en faveur des mutuelles de santé

Il existe actuellement¹⁹ une soixantaine de mutuelles de santé actives, appuyées par des structures diverses (GTZ et SAILD principalement).

La Plate-forme des promoteurs des mutuelles de santé constitue un lieu d'échanges entre les différents acteurs agissant dans le domaine. Elle a pour vocation majeure le renforcement des capacités des acteurs, l'harmonisation des stratégies d'intervention et la réalisation d'un plaidoyer en faveur des mutuelles.

Elle est ouverte aux organismes de financement, structures d'appui technique, Etat, assureurs promoteurs, prestataires de soins promoteurs, entreprises, collectivités territoriales décentralisées. Les principaux membres actifs sont le Ministère de la Santé, le SCAC, MILDA, le SAILD, la GTZ, OFSAD, La Citoyenne Assurance, APCAS et l'ASSOAL.

La Plate-forme a été créée en 2003, à l'époque où le Ministère de la Santé était peu engagé dans la promotion des mutuelles de santé. Compte-tenu de la stratégie et des actions aujourd'hui engagées par le Gouvernement, la question de la pertinence et de la pérennité de la Plate-forme, avec ses missions actuelles, va se poser dans un avenir proche. Une coordination ou une restructuration sera sans doute nécessaire afin éviter une redondance des missions et la multiplication des lieux d'échanges et de décisions.

La réalité du partage d'expériences entre les promoteurs demeure également une interrogation. Une compétition pour la plus large couverture territoriale semble s'être déjà engagée entre les principaux promoteurs.

Depuis 2006, le Gouvernement Camerounais est entré dans un processus dynamique de promotion et de développement des mutuelles de santé. Dans le cadre des objectifs de la Stratégie Sectorielle de Santé, le forum tenu en février 2006 sur la mutualisation du risque maladie a abouti à la validation du Plan Stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé.

¹⁹ Estimation mi 2006. Le nombre de mutuelles est en constante progression.

Les objectifs de ce Plan sont ambitieux :

- couvrir au moins 40 % des populations par des mutuelles de santé dans chaque district de santé d'ici fin 2010,
- amener les communautés à créer au moins une mutuelle de santé d'ici 2010,
- développer des systèmes pour la prise en charge des personnes indigentes,
- garantir un paquet minimum de soins essentiels d'accès universel.

La mise en place d'un Centre National de Promotion et de Développement des Mutuelles de Santé avec des structures secondaires provinciales est l'un des points centraux de la stratégie. Il constitue une structure d'appui technique, accompagnatrice du processus de structuration du mouvement mutualiste. Projet à gestion privée, il sera chargé :

- de réaliser des campagnes de promotion et de sensibilisation auprès des populations,
- de former des cadres et gestionnaires des mutuelles de santé,
- d'apporter un appui technique et financier à la création des mutuelles, à leur fonctionnement et à leur structuration en union et fédération,
- de constituer un intermédiaire de dialogue avec les formations sanitaires.

Les autres axes stratégiques du Plan résident en :

- la création d'un fonds de promotion et de développement des mutuelles à statut autonome, alimenté par l'Etat, les bailleurs et les contributions des mutuelles,
- la mise en place d'un plan de marketing social sur la mutualité,
- le développement des mutuelles de santé dans chaque district en mettant l'accent sur le renforcement des capacités des acteurs, la promotion du partenariat entre mutuelles et prestataires de soins, le développement de la recherche action sur la mutualité,

Le suivi-réalisation et l'ajustement du Plan sont assurés par une Task-force, groupe de réflexion pluri-acteurs, créé au sein du Ministère de la Santé.

Celui-ci a lancé les premiers travaux en confiant en août 2006 à la BAD la réalisation :

- du cadre juridique des mutuelles de santé,
- d'une étude diagnostique et cartographique des mutuelles de santé au Cameroun,
- d'une étude sur les alternatives de financement de la santé et leur impact sur l'équité et le genre,
- d'une étude portant sur l'élaboration du plan d'action pour la mise en place et le suivi des mutuelles de santé au Cameroun.

Il œuvre actuellement sur une « stratégie de passage à l'échelle » dont l'objectif est la duplication au niveau national d'un « modèle ». Ce dernier reste cependant à définir et à valider.

2.5. L'OCASC, un acteur majeur du secteur de la santé au Cameroun²⁰

Organe exécutif de la Conférence Episcopale Nationale du Cameroun pour la Santé, l'OCASC coordonne les activités des formations sanitaires de l'Eglise sur l'ensemble du territoire camerounais, soit 230 formations sanitaires réparties dans 23 diocèses.

²⁰ Voir en annexe la présentation de l'OCASC

La mission de l'OCASC est de contribuer à assurer la promotion de la santé des populations, principalement les plus défavorisées, pour l'amélioration de la qualité de vie. L'OCASC s'attache, entre autres, à « promouvoir l'esprit de responsabilité auprès des communautés locales pour la prise en charge de leur propre santé ».

Parmi les principes directeurs orientant les activités de l'OCASC, on retiendra particulièrement dans le cadre du projet les points suivants :

- compétences et formation continue du personnel, tant au niveau technique qu'éthique,
- continuité et préférence d'action à long terme même sans effets visibles et immédiats,
- cohérence entre paroles et actes pour transformer les effets négatifs en aspects positifs et pour une plus grande solidarité et justice sociale.

L'OCASC entend mettre en application ces principes pour la mise en œuvre de son projet de promotion des mutuelles de santé.

II. Objectifs de l'étude

1. Les axes stratégiques du projet à étudier

L'Eglise Catholique du Cameroun souhaite « contribuer à la promotion et à la viabilité des mutuelles de santé pour favoriser durablement l'accès financier des populations à revenus modestes à des soins de qualité ».

Elle s'interroge sur la faisabilité de mutuelles de santé qui pourraient couvrir une part significative de la population.

Elle cherche à identifier et à étudier la faisabilité d'une stratégie pour le moyen et long terme.

Conjointement avec le coordinateur de l'OCASC, il a été convenu que l'étude porterait sur trois axes stratégiques :

1. Promouvoir des mutuelles de santé à l'initiative des Diocèses et avec les FSC : cet axe se justifie par le besoin encore présent de diversifier les approches de création des mutuelles en utilisant davantage le potentiel que représentent les structures d'Eglise et leurs formations sanitaires confessionnelles,
2. Renforcer le partenariat entre les mutuelles existantes et les FSC : cet axe s'impose face aux sollicitations de plus en plus nombreuses dont sont l'objet les FSC de la part des mutuelles de santé,
3. Concevoir des outils financiers adaptés au développement des mutuelles visant un public cible à revenus modestes.

2. Objectifs de l'étude

Au regard de ces objectifs stratégiques définis, l'étude avait pour objectifs :

- Objectif 1 : étudier les termes de la faisabilité technique, économique et organisationnelle de mutuelles de santé capables de couvrir une part significative de la population,
- Objectif 2 : identifier les freins au partenariat entre les mutuelles et les FSC et proposer des mesures susceptibles de les lever,
- Objectif 3 : étudier l'opportunité et la faisabilité de mécanismes de subventionnement et de réassurance des mutuelles.

3. Pertinence des objectifs au regard de la politique nationale

3.1. Pertinence de l'objectif 1

Les résultats de la mise en œuvre de la politique nationale obtenus à ce jour sont modestes. Les mutuelles créées peinent à attirer un nombre significatif de membres. Il existe un réel besoin de tester différentes approches qui permettent d'atteindre une part significative de la population.

Habituellement de petite taille, les mutuelles existantes sont fragiles. Elles ont des difficultés à supporter des dépenses maladies d'un montant élevé telles que les interventions chirurgicales, ou les hospitalisations graves.

Ne pouvant le faire, elles se limitent souvent aux soins ambulatoires ou plafonnent les prises en charge lorsqu'elles couvrent des gros risques. Il existe un réel besoin de mettre à disposition de ces mutuelles des mécanismes de consolidation financière.

Beaucoup de mutuelles enfin offrent des services de micro-assurance moyennant une cotisation qui dépasse la capacité contributive de plus de la moitié de la population, aux revenus les plus modestes.

Dans le cadre du projet, il s'agit d'étudier la possibilité de concevoir des produits de micro-assurance à un prix accessible à une plus large proportion de la population.

3.2. Pertinence de l'objectif 2

Si les initiatives de promotion de mutuelles se multiplient, elles restent encore peu nombreuses dans les zones d'attraction des FSC. Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, le rythme de création s'accélère. A la demande des membres, les FSC sont sollicitées par les mutuelles pour contractualiser avec elles.

Les formations catholiques membres de l'OCASC sont de plus en plus fréquemment sollicitées par des promoteurs ou des responsables de mutuelles pour passer un contrat de tiers payant. Peu informés sur le fonctionnement des mutuelles de santé, leurs responsables hésitent à s'engager contractuellement et nombreux sont ceux qui s'en remettent à l'avis de la Coordination de l'OCASC. Celle-ci attendait les résultats de l'étude pour définir sa politique en la matière.

3.3. Pertinence de l'objectif 3

Les freins au développement de petites mutuelles sont maintenant bien connus. Le cercle vicieux induit par la recherche de l'autonomie financière à court terme est le suivant : cotisation élevée => effectifs de petite taille + anti-sélection => Niveau élevé de consommation => cotisation élevée => faibles effectifs => Découragement des élus => Arrêt de la mutuelle.

Des stratégies alternatives ont été testées dans d'autres contextes (Asie et Afrique Francophone) ayant en commun d'accepter de subventionner de façon significative la cotisation pour obtenir des taux de pénétration initiaux élevés.

En Afrique, cette stratégie a donné de bons résultats au Congo (Bwamenda) et au Ghana.

L'étude se propose d'identifier les mécanismes financiers de consolidation des mutuelles les plus adaptés au contexte du Cameroun.

III. Présentation de la méthodologie suivie

Pour étudier les termes de la viabilité de mutuelles de santé visant des populations à revenus modestes, l'étude a retenu deux volets :

- la réalisation d'une étude de faisabilité dans des zones sélectionnées,
- la réalisation d'un diagnostic sur des mutuelles existantes afin d'apprécier leur fonctionnalité et leur viabilité. Cette étude de l'existant a été utile pour mieux comprendre les freins au développement des mutuelles et la stratégie de promotion à adopter.

Les études de faisabilité (Volet 1) ont été réalisées par Marielle GOURSAT avec l'appui du Docteur Flaubert FOUAKENG qui a réalisé le diagnostic des services de santé locaux, confessionnels et publics. Sa contribution fait l'objet d'un rapport séparé.

Le diagnostic des mutuelles existantes (Volet 2) a été réalisé par Josselin GUILLEBERT, économiste, mis à la disposition de l'étude par le SCAC. Ce volet a fait également l'objet d'un rapport séparé.

Les conclusions des rapports du Docteur FOUAKENG et de Josselin GUILLEBERT sont reprises dans ce document.

1. Méthodologie de l'étude des termes de la viabilité des mutuelles

La méthodologie a comporté quatre étapes :

- a. sélection des zones d'étude,
- b. vérification de l'existence ou non des conditions préalables de faisabilité,
- c. définition de produits d'assurance correspondant aux attentes et besoins de la population cible,
- d. estimations des taux de pénétration potentiels,
- e. positionnement du prestataire par rapport au développement des mutuelles.

A. Sélection des zones d'étude

A.1. Critères de sélection

L'identification des zones²¹ d'étude les plus favorables au lancement du projet a été réalisée selon une méthode d'attribution de scores (ou « scoring ») calculés sur la base d'une liste de critères prédéfinis. La sélection des zones d'étude s'est ensuite appuyée sur l'analyse comparative des résultats obtenus.

Compte-tenu des objectifs et des axes d'étude identifiés, la sélection des zones d'étude s'est assise sur l'identification:

Des hôpitaux catholiques vérifiant les critères suivants :

- (1) l'intérêt du médecin chef pour le projet,
- (2) l'intérêt du coordinateur diocésain de la santé pour le projet,
- (3) la pratique d'activités chirurgicales,
- (4) l'existence d'un réseau de centres de santé catholiques fonctionnels,
- (5) la faiblesse de la concurrence,
- (6) la pratique d'activités sociales,
- (7) l'existence de mutuelles de santé dans la zone d'attraction de l'hôpital.

Ont été écartés de la sélection les hôpitaux répondant aux critères d'exclusion suivants :

- le désintérêt ou le désaccord du coordonnateur diocésain de la santé et/ou du Médecin chef pour le projet (HC Salapoumbé, HC Tokombéré),
- l'absence d'activités chirurgicales (HC Logbikoy).

Et dont les zones d'attraction présentent des résultats satisfaisants en termes de :

- (8) densité de population,
- (9) revenu mensuel moyen,
- (10) niveau moyen d'éducation,
- (11) dynamisme social et pratiques d'entraide.

Tableau 4 : Echelle de valeurs utilisées pour l'identification des zones d'étude les plus favorables au lancement du projet

N°	Intitulé des critères	0	1	2	3	4
(1)	Intérêt du médecin chef de la FS pour le projet	Faible	Passable	Moyen	Bon	Fort
(2)	Intérêt du coordinateur diocésain pour le projet	Faible	Passable	Moyen	Bon	Fort
(3)	Pratique de la chirurgie	Non	Oui			
(4)	Taille du réseau de centres de santé catholiques	0	1-2	3	4	Plus de 5
(5)	Niveau de concurrence	Très forte	Forte	Moyenne	Faible	Inexistante
(6)	Pratiques d'activités sociales	Aucune	Ponctuelle	Dynamique		
(7)	Existence d'initiatives de mutuelles de santé (fonctionnelle ou non)	0	1	2	3/4	Plus de 4
(8)	Densité de population	Moins de 40	40-80	81-120	121-160	Plus de 160
(9)	Revenu mensuel moyen d'activité principale (en milliers de FCFA) EESI	Moins de 11	11-20	21-30	31-40	Plus de 40
(10)	Niveau moyen d'éducation ECAM II (nombre de classes suivies avec succès)	0-1	2-3	4	5	Plus de 6
(11)	Dynamisme social/Pratiques d'entraide	Inexistante	Faible	Moyenne	Forte	Très forte

A.2. Les zones sélectionnées

²¹ Une zone correspond à l'aire d'attraction d'un hôpital.

Pour compléter la compréhension des tableaux, l'on pourra se référer au tableau des valeurs des indicateurs par hôpital présenté dans les études de cas.

Les résultats obtenus sont illustrés par le tableau ci-dessous.

Tableau 5 : Résultats du scoring réalisé pour l'identification des zones d'étude les plus favorables au lancement du projet

Hôpital	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	Score
HC de Dschang	3	3,5	1	4	2	1	4	4	3	3	4	25
HC Deo Gracias Yaoundé	2	3	1	4	1	0	4	4	4	4	1	22
CSC CASS Yaoundé	3	3	1	0	0	2	4	4	4	4	1	19
HC Hôpital St Luc	3	4	1	3	0	2	3	0	3	3	2	16
HC Shisong	3,5	3	1	4	1	0	1	3	1	1	3	14
HC Bonabéri	1,5	1,5	1	0	0	0	0	4	4	4	1	13
HC Tokombéré	1	1	1	4	2	0	0	2	2	1	2	13
HC Fontem	3	2,5	1	1	1	0	0	4	1	1	3	11
HC Pouma	3,5	2	1	4	0	0	0	0	2	1	2	9
HC Djamboutou	2	2	1	3	1	0	1	1	0	0	3	9
HC Salapoumbé	2	0	1	3	2	0	0	0	1	1	2	9
HC Njinikom	3,5	3	1	2	1	0	0	2	0	0	3	8
HC Nguti St John	2,5	2,5	1	1	1	0	0	0	2	2	2	8
HC Logbikoy	1	2	0	1	1	0	0	0	2	1	2	7

Ont ainsi été retenues :

- 1) Une zone rurale à forte densité avec revenus diversifiés et forte dynamique et homogénéité sociale : la Province de l'Ouest. L'offre de soins catholique est présente à Dschang à travers un hôpital, utilisée par la population locale, présentant un bon niveau technique et bénéficiant d'un réseau développé de centres de santé catholiques. En parallèle, et sur les mêmes critères, est sélectionnée une zone rurale proche de Dschang : le village de Baleveng avec le centre de santé catholique Saint Kisito.
- 2) Une zone urbaine en quartier populaire. Il s'agit d'étudier dans ce dernier cas la faisabilité de mutuelles de quartier conventionnées avec un centre de santé performant : la ville de Yaoundé.
- 3) Une zone rurale forestière à moins forte densité de peuplement, plus dépendante des cultures de rentes avec structure de peuplement espacé, organisée autour des villages structurés : la Province du Centre. L'hôpital de Mbalmayo bénéficie d'une bonne fréquentation, mais est concurrencé par l'Hôpital de District. Il présente un réseau de centres de santé disposant de peu de moyens techniques à l'exception de celui de Bikop. C'est ce dernier village qui est retenu pour étudier l'hypothèse de mutuelles en milieu rural dans la province. Il dispose d'un plateau technique performant, bénéficie d'une excellente image de marque au sein de la population, et est situé dans une zone non concurrentielle.

Afin d'explorer la faisabilité de la promotion de mutuelles dans des contextes différents, la réalisation de l'étude dans les trois zones identifiées était souhaitable, mais il a été nécessaire, compte-tenu du temps imparti et afin de garantir la qualité des résultats, d'opérer une sélection entre les trois zones. La zone de la province de l'Ouest et la zone forestière de la province du Centre ont ainsi été retenues.

B. Méthodologie d'étude des paramètres de la faisabilité de mutuelles dans les zones sélectionnées

Cette phase de l'étude a comporté quatre composantes :

1. la vérification de l'existence d'un terrain favorable au développement des mutuelles,
2. la définition et le test de produits de micro-assurance,
3. l'estimation des taux de pénétration possibles à atteindre,
4. le positionnement du prestataire et le rôle qu'il entendait jouer dans le développement des mutuelles.

B.1. Méthode utilisée pour la vérification d'un terrain favorable au développement des mutuelles

B.1.1. Dans chaque zone les activités suivantes ont été réalisées :

1. Une revue documentaire et des contacts avec des personnes ressources ciblés sur la connaissance des revenus des populations, leur organisation sociale, leurs pratiques d'entraide et de solidarité :
 - repérage des associations et enquêtes sur leur mode de fonctionnement,
 - positionnement du pouvoir traditionnel et administratif,
 - fonctionnement des structures de l'Eglise Catholique.
2. La réalisation d'un diagnostic de l'offre de soins locale confessionnelle et publique comportant :
 - la détermination des aires d'attraction,
 - un diagnostic du plateau technique,
 - l'appréciation de la situation financière de la formation,
 - une estimation de la distribution des dépenses par épisode et par prestations.
3. La conduite de réunions de focus groupe :
Une première réunion (Focus groupe 1), pour connaître les comportements de recours de la population et ses attentes vis-à-vis des mutuelles, a combiné des entretiens individuels et des discussions de groupes. Elle a permis d'obtenir des informations fiables dans un temps minimum.
4. Des entretiens avec les responsables des formations sanitaires pour connaître leur positionnement et leur implication dans le futur programme de développement de mutuelles.

B.1.2. Activités menées en fonction des composantes à vérifier

- (i) Vérification de l'existence d'une demande solvable :
 - analyse documentaire,
 - entretiens avec des personnes ressources,
 - animation de focus group : réunion de focus groupe 1.
- (ii) Existence d'une dynamique sociale et de pratiques d'entraide et de solidarité :

- étude documentaire,
- entretiens avec des personnes ressources.

(iii) Existence d'exclusions des soins et d'un besoin prioritaire d'amélioration de l'accès aux soins :

- analyse de la variation des volumes d'activités des formations sanitaires,
- entretiens avec des personnes ressources, et notamment avec le personnel de santé,
- discussions informelles avec la population.

(iv) Existence d'une offre de soins de qualité accessible, rationalisée, utilisée par la population locale et bénéficiant d'une bonne image de marque auprès de la population. Les points analysés au cours du diagnostic et la méthodologie employée sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Eléments analysés par le diagnostic de l'offre de soins et méthodologie employée

Points d'analyse	Méthodologie
Evaluation de la qualité des soins	Entretiens avec les responsables des FSC et le personnel médical et soignant Observation et analyse des documents existants
Analyse de la distribution des coûts et définition des coûts moyens des prestations	Méthode de sondage des registres des dossiers patients
Définition de l'aire d'attraction de la formation sanitaire	Méthode de sondage des registres
Analyse financière de la formation sanitaire	Analyse des documents et rapports d'activités
Définition du niveau de compétences des gestionnaires disponibles	Entretiens avec les responsables et le personnel gestionnaire
Image de marque de la formation sanitaire au sein de la population cible	Focus group et entretiens informels avec la population
Définition du degré d'implication possible de la formation sanitaire dans le projet	Entretiens avec les responsables de la FSC

Le diagnostic a été réalisé auprès de dix formations sanitaires, soit :

- deux Hôpitaux Catholiques,
- deux Hôpitaux de District publics,
- cinq Centres de santé catholiques,
- un Centre de santé public.

Les sondages des registres et des dossiers des patients ont donné lieu à l'analyse de 2 564 cas sur les quatre zones d'étude, soit :

- à Dschang : 998,
- à Baleveng : 195,
- à Mbalmayo : 1 199,
- à Bikop : 172.

(v) Définition des attentes et besoins de la population cible en termes d'assurance santé

La première réunion conduite en focus group a permis de collecter les informations sur :

- la distribution des intentions de cotisations,
- la distribution des seuils d'accessibilité financière,
- les prestataires préférés par la population-cible²²,
- les prestations dont la couverture par la mutuelle est jugée prioritaire,
- les périodicités de paiements préférés,
- les fréquences des recours aux prestations avant assurance,
- la distribution de la taille des foyers,
- les produits préférés par la population.

58 focus group ont été menés dans les quatre zones d'étude. Ils ont rassemblés 1 120 participants par ménage représentant 5 252 personnes, soit 7 % de la population des aires d'attraction des formations sanitaires et 3,4 % de la population totale de la zone d'étude.

C. Méthodologie de conception des produits d'assurance

C.1. Sélection des prestataires

La sélection des prestataires de soins a été réalisée au regard des préférences exprimées en focus group n° 1 par les participants.

C.2. Sélection des prestations de soins

Compte-tenu du coût des prestations offertes par les prestataires sélectionnés et de l'insuffisance du niveau médian des intentions de cotisations, une sélection des prestations à couvrir a été opérée en fonction des préférences de la population telles qu'exprimées dans les réunions de focus groupe N° 1.

C.3. Définition des coûts moyens des prestations à assurer

Les coûts moyens des prestations prioritaires offertes par les prestataires de soins sélectionnés ont été définis par la méthode des sondages des registres et des dossiers patients. En l'absence de données disponibles, c'est la méthode des ordonnances types qui a été utilisée.

C.4. Sélection du mode de copaiement

²² Afin d'apprécier de manière objective les préférences de l'échantillon en matière de prestataires de soins, il n'a pas été mentionné que l'étude est réalisée en partenariat avec l'OCASC.

Le mécanisme de copaiement a été déterminé lors d'entretiens auprès de personnes ressources. L'acceptabilité comparée de la franchise et du ticket modérateur a été discutée en focus groupe. La franchise est apparue comme étant le mode le plus adapté au contexte de l'étude.

C.5. Positionnement de la franchise

La difficulté dans le positionnement de la franchise réside dans la double contrainte suivante :

- proposer une franchise non dissuasive - particulièrement dans ce contexte où il « faut gagner à tous les coups »,
- proposer une franchise compatible avec un montant de cotisation non dissuasif.

Au cours des entretiens individuels intégrés aux focus group, il a été demandé à chaque enquêté le seuil à partir duquel les paiements des dépenses de soins commençaient à poser problème. C'est l'analyse de la distribution des seuils d'accessibilité financière ainsi définis qui a donné lieu au choix du montant de franchise à appliquer.

C.6. Taux de chargements appliqués sur la prime pure

Afin de proposer un montant de cotisation attractif et accessible à la majorité de la population, les choix stratégiques suivants ont été faits :

(i) L'absence de marge de sécurité dans la fixation des fréquences de référence. Ce choix a été possible grâce à la stratégie de ré assurance envisagée et du faible taux d'exclusions saisonnières.

(ii) Un chargement de 10 % des coûts moyens des prestations :

L'hypothèse de base est que les FSC ne chercheront pas à majorer le coût de leurs prestations aux mutualistes. Leur accord sur la facturation forfaitaire des prestations rendait cette hypothèse crédible. Le chargement de 10 % correspond à l'effet prévu de la mutuelle sur les exclusions partielles (voir infra).

(iii) Un chargement de gestion modéré

Un taux de 33 % a été appliqué sur la prime sécurisée. Il correspond à un taux de prélèvement de 25 % sur la cotisation collectée.

(iv) Un taux de chargement limité à 5 % pour la constitution de réserves, en raison d'un recours possible à des fonds de réassurance.

C.7. Choix du mode d'adhésion

On retient généralement trois modes d'adhésion :

- l'adhésion libre : chaque individu choisit ou non d'adhérer, sans que son adhésion soit conditionnée par l'inscription d'autres membres de son groupe (foyer, entreprise, etc.),
- l'adhésion obligatoire de tous les membres du groupe, ici le foyer familial,
- l'adhésion avec un seuil minimum de personnes à inscrire.

L'adhésion individuelle a été écartée des hypothèses : d'une part pour les risques de sélection adverse trop prononcés qu'elle présente, d'autre part car il est quasi-impossible de définir quel sera le comportement d'adhésion des foyers interrogés. En mode d'adhésion individuelle, la décision d'adhérer dépend en effet fortement d'un ensemble de facteurs non maîtrisables (capacités financières, mais aussi niveau de perception du risque, prise de conscience de l'intérêt de la mutuelle, comportement habituel de recours aux soins du foyer, nombre de personnes à charge, etc.). Il n'est donc pas possible de formuler des hypothèses cohérentes.

Le mode d'adhésion obligatoire présente des risques élevés d'exclusions financières. Son intérêt est la limitation de l'anti-sélection.

Le mode d'adhésion avec seuil est généralement le mieux accepté par la population : plus souple, il est également plus juste. Les foyers n'ayant pas la capacité financière d'inscrire l'ensemble de leurs membres ne sont pas exclus du système.

Bien que l'adhésion avec seuil ait été le mode pressenti, une analyse comparée des modes d'adhésion a été réalisée afin d'identifier celui permettant d'obtenir les meilleurs taux de pénétration, tout en maximisant le montant total de cotisations à collecter.

D. Estimation des taux de pénétration attendus en fonction des produits proposés

Le taux de pénétration attendu est la résultante :

- du taux d'adhésion potentiel des ménages,
- du taux d'inscription des membres des ménages adhérents.

D.1. Estimation du taux d'adhésion potentiel des ménages par produit

Deux paramètres ont été utilisés pour apprécier ce taux :

1. l'accessibilité économique de la cotisation par rapport aux intentions de cotisation déclarées,
2. l'attractivité du produit au regard des souhaits exprimés par le ménage en termes de prestations et de prestataires.

D.1.1. Calcul du Taux d'accessibilité économique des ménages par produit, sur la base :

- des paramètres produits suivants : prix du produit, nombre minimum obligatoire de personnes à inscrire,
- des paramètres « ménage » suivants : intentions de cotisations, nombre de personnes à charge.

D.1.2. Calcul du taux d'attractivité de chaque produit

Le taux d'activité prend en compte la correspondance entre les préférences exprimées par les enquêtés (en focus group n° 1) - en termes de prestataires, de prestations de soins et le seuil d'accessibilité financière – et les propositions réalisées pour ces mêmes paramètres. Le taux d'attractivité est de 100 % si le produit répond en totalité à leurs attentes.

D.1.3. Calcul du taux d'adhésion potentiel des ménages par produit

Il exprime le pourcentage de ménages susceptibles d'adhérer aux produits proposés, au regard des conditions d'adhésion. Il est égal à la pondération du taux d'accessibilité économique des ménages par le taux d'attractivité du produit.

D.2. Calcul du taux d'inscription par produit

Il exprime le pourcentage moyen d'individus par ménage que celui-ci pourra inscrire compte-tenu de la capacité contributive exprimée au cours du focus groupe n° 1.

D.3. Calcul du taux de pénétration attendu par produit et du taux de pénétration total

Le taux de pénétration est égal au taux d'adhésion potentiel par produit des ménages pondéré par le taux d'inscription : taux d'adhésion potentiel des ménages x taux d'inscription.

Ce taux a été calculé par produit et pour l'ensemble des produits testés.

D.4. Formulation d'hypothèses

Trois niveaux d'hypothèses ont été formulés :

- hypothèse haute : on choisit le taux le plus bas entre le taux de pénétration et le pourcentage de ménages ayant choisi le produit,
- hypothèse moyenne : elle équivaut à l'hypothèse haute pondérée de 50 %,
- hypothèse basse : elle équivaut à l'hypothèse haute pondérée de 33 %.

E. Positionnement du prestataire par rapport au développement des mutuelles

Le positionnement du prestataire a été défini à partir de plusieurs sources d'information :

- les informations fournies par le diagnostic de fonctionnalité sur le système de gestion et les compétences disponibles,
- des informations informellement recueillies en discussion avec le personnel des formations sanitaires,
- des entretiens structurés avec les responsables des formations sanitaires conduits à partir d'un document préalablement remis décrivant les options possibles, les avantages et les risques de chaque option.

Ces trois sources d'information ont permis d'obtenir des formations sanitaires une position claire sur leur engagement possible dans le développement des mutuelles.

Deuxième partie : Les termes de la viabilité des mutuelles

Cette partie du rapport présente la synthèse des études de cas réalisées dans les aires de santé de Dschang et Baleveng (Province de l'Ouest), Mbalmayo et Bikop (Province du Centre).

On se référera à ces études de cas pour avoir des informations plus détaillées sur les zones étudiées :

- Province de l'Ouest : Aire de santé de l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang et du centre de santé Baleveng avec le centre de santé Saint Kisito.
- Province du Centre : Aire de santé de Mbalmayo avec l'hôpital Saint Luc et de Bikop avec le centre de santé de Bikop

A. Les dynamiques sociales et les pratiques d'entraide observées

Les études ont permis de mettre en évidence des tendances communes aux quatre zones d'enquête et des caractéristiques propres à chacune.

On trouvera une description plus détaillée de ces dynamiques sociales dans les études de cas.

1. Les motifs de l'entraide et de la solidarité

L'entraide se produit le plus souvent à l'occasion d'événements malheureux et, dans la majeure partie des cas, pour l'organisation de deuils et funérailles. L'entraide s'organise également autour de la préparation de festivités (mariage, communions) ou des naissances. La maladie vient en second. Elle revêt un caractère systématique au sein des groupes d'entraide.

Ces caractéristiques ont été retrouvées dans les zones étudiées.

2. Les modalités d'entraide et de solidarité

2.1. Les caractéristiques communes

Comme le souligne un notable âgé, (aire de santé de Dschang) « la solidarité n'est pas infinie » : si aucun retour n'est perçu par le prêteur après deux ou trois prêts, les pratiques d'entraide cessent définitivement. On parlera donc plus volontiers d'entraide que de solidarité.

L'apport est réalisé majoritairement sous la forme monétaire, les contributions en nature étant rares.

L'apport de contrepartie à l'aide fournie est plus ou moins formalisé selon les lieux d'exercice de l'entraide.

2.2. Les spécificités observées en pays Bamiléké

En cas de difficultés financières (perte d'emploi par exemple), les organisations Bamiléké prouvent en effet avant tout la réinsertion économique, plutôt que l'aide alimentaire.

Lorsque la personne sollicitée est de la famille, l'aide prend la forme d'un don, accompagné seulement d'un devoir moral envers le donateur. En revanche, l'aide apportée par une association exige une contrepartie plus formalisée, structurée par des modalités de participation obligatoire à la caisse de solidarité dont la personne est membre.

Généralement, les coûts liés à la maladie sont pris en charge au sein de la famille. C'est seulement en cas de maladie grave et lorsque la famille ne peut supporter les coûts qu'il est fait appel à la caisse de solidarité de l'association. Il n'est pas dans les missions classiques des associations d'intervenir en la matière.

2.3. Les spécificités observées sur la ville de Mbalmayo et dans le village de Bikop

Dans le cadre des « réunions », la participation financière régulière aux différentes caisses est indispensable pour percevoir une aide lorsque le risque se produit.

Dans le cadre familial et amical, une aide n'exige pas de contrepartie directe formalisée, mais implique nécessairement un retour. Il peut s'agir de divers services rendus (travaux des champs, soutien scolaire aux enfants, etc.) ou d'apport en nature (produits vivriers en milieu rural). La force obligatoire du retour de l'aide est beaucoup plus marquée dans le cadre amical que familial. Au sein de la famille, le retour est plus symbolique et ne nécessite pas une égalité de valeur financière des biens ou services échangés.

3. Les lieux de l'entraide et de la solidarité

Les principaux lieux de solidarité et/ou d'entraide sont la famille, l'association communautaire et le quartier.

3.1. La famille

A Mbalmayo, la solidarité est d'abord familiale. Elle s'exerce majoritairement pour des petites difficultés quotidiennes. Le recours aux associations d'entraide (« réunions ») s'exerce en cas de difficultés financières d'un montant élevé.

A Bikop, la famille joue un rôle beaucoup plus actif en cas de difficultés qu'en milieu urbain.

La famille s'entend au sens large. La solidarité et l'entraide sont intergénérationnelles, et s'exercent le plus souvent de manière ascendante - des enfants ayant migré vers la ville pour chercher du travail vers les parents restés au village.

Parfois formalisée dans le cadre de GIC – mais rarement – la solidarité dans le cadre du travail champêtre s'exerce soit au sein de la famille, soit dans le cadre du voisinage.

3.2. Les associations

Le regroupement en association est une des caractéristiques de la société camerounaise. Toutefois, on observe une grande diversité dans les dynamiques associatives d'une zone à l'autre.

3.2.1. A Dschang

La ville de Dschang compte 63500 habitants

Le tissu associatif de Dschang est constitué par plus d'une centaine de petites associations, les plus grandes rassemblant une soixantaine de membres.

Parmi les groupements existants, on dénombre essentiellement des associations communautaires organisées autour des tontines et des caisses de solidarité et d'épargne. Elles sont marquées par le dynamisme des femmes.

Si les associations professionnelles et religieuses ne tiennent pas compte de l'origine des membres, le principal critère de regroupement au sein d'une association communautaire est l'appartenance ethnique (Bafou, Balessing, Baleveng, Baloum, Foreke, Foto, Haoussa, etc.). Elle constitue systématiquement un facteur d'exclusion. La possibilité de contribution financière est une condition d'adhésion. Les personnes les plus démunies sont exclues des cercles communautaires.

On relève aussi la présence d'associations de quartiers, des amicales, des groupements de jeunes, des associations d'élites (à vocation politique avant tout), mais dont le dynamisme est moins fort.

3.2.2. A Baleveng

La zone sanitaire de Baleveng regroupe une population de 23 500 habitants.

La quasi-totalité de la population étant autochtone, les associations actives à Baleveng, contrairement à celles de Dschang, ne se fondent pas sur l'appartenance communautaire. Leurs activités sont également tournées vers la tontine et la caisse de solidarité. Il existerait une soixantaine d'associations.

Un comité de développement de la ville de Baleveng est actif au niveau de la chefferie. Il se réunit lorsqu'un projet doit être réalisé, des commissions de suivi sont mises en place. Il s'agit essentiellement de projets visant l'amélioration des conditions de vie (électrification, aménagement des pistes, construction de puits, d'écoles), mais aussi de mises en valeur de la chefferie (construction du palais, achat d'un véhicule, etc.).

Les communautés expatriées de Baleveng sont bien organisées. Elles se réunissent régulièrement et participent financièrement à la mise en œuvre des projets. Les mieux organisées sont celles de Dschang, Makénéné, Kribi, Yaoundé, Douala, Mbalmayo, Garoua, Mélong et Santchou. Les associations de Baleveng à Paris et Marseille et celles de Padova et Firenze en Italie sont également très actives et fortement mobilisées financièrement.

3.2.3. A Mbalmayo

En dehors de la famille, le principal autre lieu de solidarité est l'association d'entraide - communautaire, professionnelle, religieuse ou de quartier. Contrairement aux associations de la province de l'Ouest, les « réunions » ne sont pas toujours basées sur l'appartenance communautaire. Elles s'organisent davantage sur la base de la profession (tontines des personnels infirmiers de l'Hôpital Saint Luc par exemple) ou confessionnels (par confrérie ou mouvements religieux).

De même, leurs activités ne s'orientent pas uniquement vers la satisfaction des besoins de ses membres, mais sont ouvertes à l'extérieur : des caisses de solidarité sont par exemple mises en place pour aider les indigents.

Les « réunions » sont - et ont pour objectif de rester - de petites tailles, ce afin d'assurer une meilleure cohésion, de faciliter le contrôle social et la mobilisation physique et financière des membres. La taille moyenne des réunions est d'une quinzaine de membres. On trouve cependant des groupes de taille plus importante (une centaine dans la réunion Bandjoun²³), mais généralement scindés ensuite en sous-groupes. Par exemple, le Centre de Promotion Sociale organisait à ses débuts une réunion unique. Aujourd'hui, les réunions sont structurées par établissement (réunion des personnels de l'hôpital). De même, si la communauté féminine Bandjoun se réunit en grand groupe, des petites réunions se sont organisées en sus.

Les groupes les plus organisés sont les communautés de ressortissants, de l'Ouest en premier lieu (Bamoun, Bandjoun, Bangangté, Bafang, Mbouda, etc.), mais aussi Haoussa et Bassa. Les autochtones (Beti) apparaissent comme traditionnellement moins structurés.

3.2.4. A Bikop

On note le développement timide d'associations d'entraide. Si la caisse principale est celle organisant une aide financière en cas de deuil (du membre ou de l'un de ses proches), il existe également des caisses d'épargne et de prêts, des caisses dites « de développement » (épargne volontaire en vue d'acheter un bien en fin d'année), et des caisses de festivité de fin d'année (caisse « ration »). On observe un certain mimétisme entre les associations existantes : toutes disposent des mêmes caisses, sous la même dénomination. Seuls les montants de cotisations varient un peu.

Généralement légalisées, ce sont des associations dynamiques, dont les membres se rencontrent mensuellement en Assemblée Générale pour le versement des cotisations.

²³ Ethnie Bamiléké.

Les réunions sont mixtes et non basées sur le lieu d'habitation ou l'origine géographique des membres.

Au sein des associations, la participation financière régulière en tant que condition sine qua non de perception d'aide est assez souple : l'aide peut être perçue malgré le non versement total des cotisations dues. Une réelle solidarité s'exerce entre les membres.

Il existerait une douzaine d'associations de ce type à Bikop.

4. Les enseignements tirés

Deux profils schématiques se dégagent de cette rapide revue des pratiques d'entraide et de solidarité :

Dans la province de Bafoussam, des pratiques centrées plus sur l'entraide que sur la solidarité, avec comme lieux de prédilection les associations structurées d'abord sur une base communautaire et, dans une moindre mesure, une entraide presque exclusivement monétaire.

En milieu forestier, le tissu associatif est plus faible et plus nouveau, et l'entraide s'organise d'abord autour de la famille, de façon monétaire, mais aussi sous forme de services. Il existe quelques pratiques de solidarité pures marquées par des formes d'entraide sans contrepartie.

A Dschang, le dynamisme social est indéniablement porté par les associations communautaires. Il est cependant profondément marqué par l'individualisme et la recherche de l'intérêt financier personnel. Cette variable ne devra pas être négligée dans la définition du système mutualiste. Si cette organisation sociale vigoureuse est un facteur favorable, certains principes sur lesquels elle repose sont en effet susceptibles d'entrer en contradiction avec le partage solidaire des risques.

Bien que moins formalisé que dans la province de l'Ouest, il existe à Mbalmayo un dynamisme social soutenu, sur lequel pourra s'appuyer le développement du projet. Ouvertes vers l'extérieur et pour certaines axées dans une perspective de développement commun, les associations existantes apparaissent en adéquation avec le principe de solidarité porté par les mutuelles de santé.

Ces caractéristiques spécifiques devront être prises en compte dans les stratégies de communication à mener pour le développement de la micro-assurance santé, pour s'adapter aux principes fondateurs des groupements.

B. Les besoins de prévoyance : la présence d'exclusions et les difficultés de paiement des soins offerts par les FSC

Une mutuelle de santé est une réponse adaptée face à deux situations :

1. La présence d'exclusions : elles sont de différentes natures : les exclusions totales liées à l'indigence permanente, les exclusions saisonnières touchant certains ménages pendant une ou des périodes de l'année bien précises, les exclusions partielles qui touchent les usagers de services et les empêchent de bénéficier d'un traitement complet, faute d'argent.
2. Les difficultés financières : elles touchent les usagers qui, sans être exclus des services de santé, vont mettre du temps pour trouver l'argent nécessaire ou se le procurer à un coût économiquement ou socialement élevé.

1. La caractérisation des différentes formes d'exclusions

1.1. Les exclusions totales

Le pourcentage de malades se présentant dans des formations sanitaires catholiques sans argent pour payer les soins est très faible. A titre indicatif, les exemptions de paiement à l'hôpital Saint Vincent de Dschang n'ont représenté que 55 cas en 2005, et 58 cas en 2006, soit 1,1 %.

Il existe probablement davantage de malades ne pouvant jamais se présenter dans un FSC faute d'argent, mais leur importance n'a pas pu être estimée avec précision.

D'après les personnels de santé consultés, les catégories de population les plus exposées en permanence aux exclusions sont les personnes ayant perdu du capital social en raison de leur situation individuelle (veuves, divorcées, filles mères) ou sanitaire (HIV +).

1.2. Les exclusions saisonnières

Elles varient fortement d'une zone à l'autre principalement en fonction de l'origine des revenus agricoles.

Elles se manifestent par une diminution de la fréquentation dans les formations suivantes :

- baisse de 20 % du volume d'activité à l'hôpital Saint Vincent de Dschang au cours du deuxième semestre par rapport au premier, en raison des fêtes de fin d'année et de la rentrée scolaire,
- à l'Hôpital Saint Luc de Mbalmayo, la courbe de fréquentation indique une baisse significative de la fréquentation pour le seul mois de décembre (baisse de 20 % par rapport à la moyenne annuelle),
- en revanche, même si la fin de l'année est mentionnée par l'habitant de Baleveng comme une période difficile, on ne retrouve pas de baisse de fréquentation au CS de Saint Kisito.

C'est à Bikop que les exclusions saisonnières sont les plus marquées en raison :

- d'une période de soudure monétaire plus marquée de janvier à mars correspondant à la saison sèche,
- de l'insuffisance des rentrées monétaires les autres mois de l'année, à l'exception du mois d'octobre correspondant au paiement du cacao.

1.3. Les exclusions partielles

Le fait d'avoir recours à une formation sanitaire sans avoir les moyens de payer la totalité du traitement est à l'origine d'exclusions partielles. Trois indicateurs permettent de les quantifier :

1. La fréquence des achats partiels :
 - à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang, 10,6 % des ordonnances (consultations ou hospitalisation) font l'objet d'achat partiel,
 - au Dispensaire de Saint Kisito de Baleveng, 23,9 % des recours n'ont pas donné lieu à des achats totaux.
2. Le nombre ou le pourcentage des malades demandant au personnel soignant de réduire les soins (médicaments ou examens de laboratoire) par manque de moyens :
 - au dispensaire Catholique de Bikop, 70 % des recours donneraient lieu à une ordonnance réduite, en raison des disponibilités monétaires des patients, réduction qui se fait évidemment au détriment de la qualité des soins délivrés.
3. Les demandes de paiement partiel à crédit
 Elles sont acceptées, mais en nombre limité par les responsables des formations sanitaires. Elles représentent 3,8 % des patients vus en 2006 à l'hôpital Saint Luc.
 113 autorisations de paiement à crédit ont été délivrées au CS de Saint Kisito (Baleveng), soit 4,7 % des patients enregistrés pour l'année.

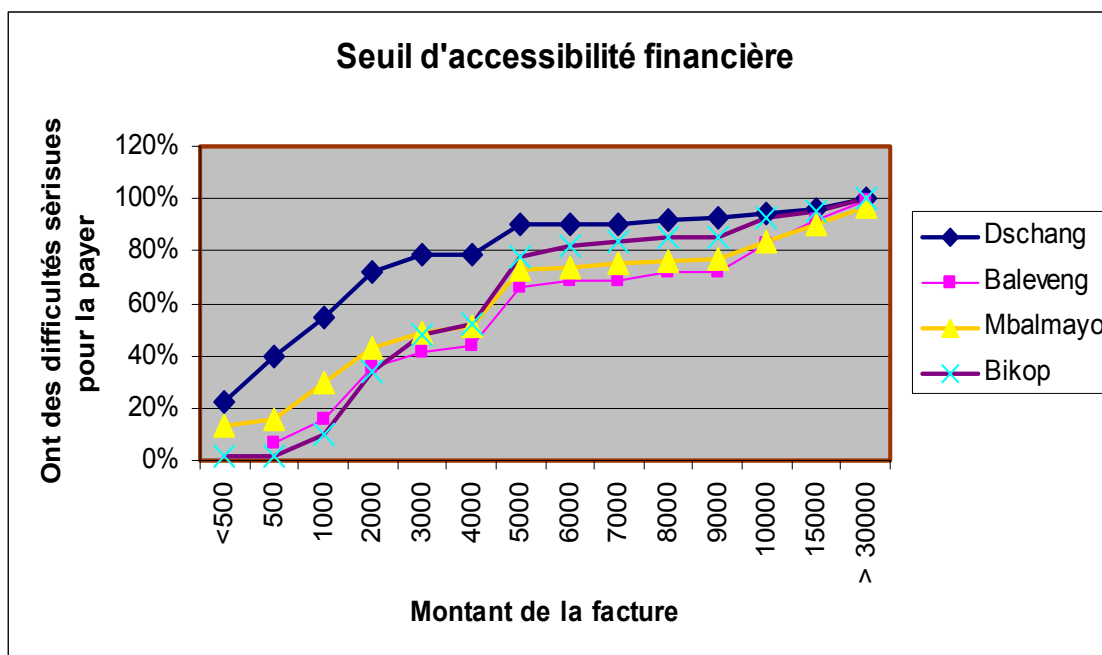
1.4. En conclusion

Le profil des exclusions qui se dégage des enquêtes est dominé par les exclusions partielles. Les autres formes d'exclusion sont moins marquées.

L'impossibilité de se faire soigner à certaines périodes de l'année est davantage la conséquence de dépenses occasionnelles obligatoires (fête, écolage) que d'une absence de recettes. C'est pourquoi les périodes où sévissent les exclusions financières sont limitées dans le temps.

2. Détermination des seuils d'accessibilité financière

Le montant à partir duquel les ménages déclarent avoir de sérieuses difficultés pour payer les soins de santé est un indicateur très utile de caractérisation de l'accessibilité financière aux soins de santé.



Dans les quatre zones enquêtées, les difficultés financières commencent pour des montants faibles, de moins de 2 000 FCFA pour au moins 40 % des enquêtés dans trois sites sur quatre.

C'est autour de 4 000 FCFA que le pourcentage d'enquêtés éprouvant des difficultés financières sérieuses pour se faire soigner franchit un seuil. Il dépasse 80 % dans la ville de Dschang.

C'est paradoxalement dans la ville de Dschang que les difficultés financières pour se faire soigner se déclarent le plus précocement.

Les urbains (Dschang et Mbalmayo) auraient plus de difficultés que les ruraux pour se faire soigner. Ce constat semble paradoxal dans la mesure où les revenus monétaires sont supérieurs en ville. Mais deux facteurs peuvent l'expliquer : des dépenses courantes plus élevées (pour la nourriture et le logement) et la moins grande facilité de trouver des ressources monétaires (par l'entraide ou la vente de produits).

3. Conclusion

Par ordre de priorité, au regard des exclusions constatées, la promotion des mutuelles devrait poursuivre comme objectifs :

- de réduire les exclusions partielles de patients consultants et d'améliorer ainsi la qualité des traitements reçus,
- d'attirer dans les formations sanitaires catholiques les patients qui, pour des raisons financières uniquement, vont parfois ou toujours se faire soigner ailleurs toute l'année chez des prestataires offrant des prestations de mauvaise qualité,
- de réduire, particulièrement à Bikop, les exclusions saisonnières.

Pour les formations sanitaires, l'adhésion à la mutuelle aurait d'abord pour effet d'augmenter les recettes moyennes d'un recours et, dans une moindre mesure, d'augmenter la fréquence des recours.

C. Qualité des soins offerts et performance des FSC dans les zones étudiées

Cette partie du rapport se fonde principalement sur les conclusions du diagnostic établi par le Docteur FOUAKENG dans les Hôpitaux Saint Vincent de Paul de Dschang et Saint Luc de Mbalmayo, les Centres de santé de Saint Kisito à Baleveng et Bikop. On trouvera dans le rapport correspondant les résultats des diagnostics réalisés dans les services publics de santé situés dans les aires de santé d'implantation de ces FSC.

Les FSC ont été étudiées sous l'angle de leur performance technique qui détermine la qualité de soins, et leur performance économique qui détermine le prix à payer par les patients et indirectement par les mutuelles.

1. La qualité de soins (ou la performance technique)

La qualité des soins est une pré-condition pour le lancement des mutuelles de santé. En l'absence du juste soin « qui guérit » (qualité technique), les populations ne verront pas la nécessité d'adhérer à une mutuelle, dans la durée. Si les conditions de délivrance des soins ne leur donnent pas satisfaction (la qualité perçue), ils n'auront pas envie d'adhérer, ou seront moins motivés pour le faire, même si la qualité technique est satisfaisante.

1.1. La qualité des soins perçue

Deux facteurs clefs conditionnent la qualité des soins perçue par les malades.

1. La disponibilité en médicaments

La disponibilité en médicaments est une exigence que se donnent les FS. Des ruptures de stocks peuvent survenir, mais des solutions sont rapidement trouvées, même si elles sont d'un coût élevé (achat dans des officines privées). C'est dans la diversification des lieux d'achat possibles et la volonté des responsables de les utiliser que réside l'avantage comparatif des FSC par rapport aux services publics.

2. La qualité de l'accueil (attitude des personnels et temps d'attente)

Dans trois des quatre FS (Hôpital Saint Vincent de Paul, CS Saint Kisito, CS de Bikop), l'accueil est excellent et constitue un facteur de fréquentation. Une opinion plus nuancée sur la qualité de l'accueil à l'hôpital Saint Luc de Mbalmayo se dégage des participants au focus groupe dans cette zone.

1.2. La qualité technique

On a retenu ici deux critères clef de la qualité technique (voir Rapport de F. FOUAKENG pour plus de détail) :

1. La présence de médecins qualifiés

Les deux hôpitaux disposent de médecins qualifiés de même que le CS de Bikop où deux sœurs médecins expatriées travaillent. Mais seul l'hôpital de Mbalmayo dispose d'un chirurgien. La qualification des personnels médicaux dans les FSC n'est pas toujours équivalente à celle des personnels des services publics travaillant dans la même aire de santé. C'est le cas à Baleveng où le CSA dispose d'un médecin alors que le CS de Saint Kisito n'en a pas. A l'hôpital Saint Luc les médecins exerçant concurrencés par le chirurgien de l'HF de Mbalmayo.

Les complications post-opératoires se situent à un niveau peu élevé (voir tableau 7).

2. La permanence des soins (gardes assurées par du personnel qualifié)

A l'hôpital Saint Vincent de Paul et au CS de Bikop, les gardes sont assurées sur place par du personnel infirmier avec des médecins d'astreintes hébergés sur le site de l'Hôpital.

A l'hôpital Saint Luc, la prise en charge des urgences pose davantage de problèmes, le médecin chef ne résidant pas sur place et étant parfois difficilement joignable.

En cas de référence dans un autre établissement, les malades doivent se débrouiller tous seuls, car aucune des quatre FSC ne dispose d'une ambulance.

3. L'hygiène et le risque nosocomial

La propreté des locaux et du matériel est généralement bonne dans toutes les FSC. Ce qui n'empêche pas l'hôpital de Dschang d'enregistrer un taux élevé de suppuration en post opératoire, le ratio de 20 % étant à confirmer par une étude spécifique (voir tableau 7).

Tableau 7 : Indicateurs de performance technique

Indicateurs de performance 2006	Hôpital Saint Vincent de Dschang	CS- Saint Kisito	H- Saint Luc de Mbalmayo	CS- Bikop	HD Dschang	HD Mbalmayo
	FSC	FSC	FSC	FSC	Public	Public
Chirurgiens	-	-	-	-	0	1
Médecins	3	-	3	2	5	3
Infirmiers Diplômés d'Etat	7	1	5	2	5	2
Nombre total d'agents	54	5	51	9	52	87
Nombre de consultations curatives	22 130	1 752	11 951	10 748	11 182	10 461
Nombre d'hospitalisations	2 612	409	1494	213	1 804	2 609
Nombre d'accouchements	1 074	160	506	68	842	215
Nombre de cas de chirurgie d'urgence	85	-	190	-	252	166
Nombre de médicaments sur la liste	128	78	348	149	100	100
Nombre de médicaments de spécialités	67	5				-
Rupture de stock en médicaments	Rares	Rares	Rares	Rares	Rares	Très fréquentes
Complications post-chirurgicales graves	<5%	NV	<1%	NV	2%	<5%
Suppuration	20%	NV	1-2%	NV	7%	<5%
Ambulance	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Nombre total d'actes par agents	480	464	277	1 225	271	155

Le tableau précédent indique également la performance technique comparée de deux hôpitaux publics de Dschang et de Mbalmayo. Ces deux hôpitaux réalisent le nombre d'actes par agents le plus faible, malgré la présence d'un personnel qualifié en nombre plus important.

2. La performance économique des formations sanitaires

La performance économique d'une formation sanitaire intéresse une mutuelle de santé à plusieurs titres : elle caractérise sa capacité à produire des soins adaptés à un prix abordable.

La performance renseigne également sur la capacité de la FS à couvrir ses charges et le niveau de dépendance qu'elle conserve vis-à-vis de ressources aléatoires.

Tableau 8 : Indicateurs de performance économique

Indicateurs de performance	H-St Vincent	CS-Saint Kisito	H-Saint Luc	CS-Bikop
Nombre d'actes moyens par agents	480	464	277	1 225
Taux de financement propre des charges	75,2 %	98,0 %	91,1 %	66,4 %
Taux de subventionnement des charges	12,7 %	0,3 %	2,9 %	35,7 %
Résultat d'exploitation	-2,6 %	0,6 %	-2,2 %	2,1 %
Dépense moyenne par prescription	5 333 FCFA	3 376 FCFA	7 109 FCFA	2 586 FCFA
Dépense moyenne d'une hospitalisation médicalisée	27 619 FCFA	16 927 FCFA	11 237 FCFA	7 566 FCFA
Dépense moyenne/ Intervention chirurgicale	98 900 FCFA	NV	51 366 FCFA	NV
Accouchements	37 170	7 260	30 000	16 800
Taux de fréquentation consultations curatives	113%	6,80 %	49,20 %	209 %
Ratio personnel /charges totales	30 %	16 %	42 %	65 %
Ratio médicaments et consommable/charges totales	37 %	41 %	42 %	23 %
Coût moyen d'une consultation réévalué*	7 087 FCFA	3 446 FCFA	7 800 FCFA	3 897 FCFA
Coût moyen d'une hospitalisation réévalué*	36 705 FCFA	17 279 FCFA	12 329 FCFA	11 402 FCFA
Coût moyen d'une intervention chirurgicale réévalué*	131 437 FCFA	NV	56 357 FCFA	NV
Coût moyen d'un accouchement réévalué*	49 399	7 411	32 915	25 317

*Coût d'un acte correspondant à un taux de financement propre de 100 %.

Au regard des indicateurs retenus, les quatre FS présentent des niveaux de performance variables.

(i) Le CS de Bikop se distingue des trois autres avec deux médecins, un niveau d'activité élevé et des tarifs peu élevés. C'est dans ce centre que le nombre d'actes rapportés au nombre total d'agents est le plus élevé avec 1 225 actes. C'est la FS qui obtient le plus faible TFP et qui est le plus dépendant des ressources externes. Mais c'est le CS qui a un coût moyen par hospitalisation réévalué par agent et par an²⁴ le moins élevé : 11 402 FCFA. La présence de médecins expatriés est un engagement de la communauté religieuse propriétaire du CS. Elle s'inscrit dans le long terme.

(ii) L'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang arrive en deuxième position avec 480 actes par agent et par an. Les coûts moyens réévalués sont relativement élevés, ce au regard du plateau technique de l'hôpital, qui ne le justifie pas totalement. Malgré des tarifs relativement élevés, le taux de financement propre des charges n'est que de 75,2 %. L'hôpital a une relativement bonne image de marque en termes de qualité perçue, mais subit la concurrence de l'hôpital de District qui réalise plus d'actes chirurgicaux.

(iii) Le CS de Saint Kisito associe plusieurs facteurs d'une faible performance : l'absence de médecins, du personnel réduit, un niveau d'activité faible et des prix de prestations élevés. Le ratio charges de personnel sur charges totales de 16 % est

²⁴ Le coût réévalué correspond au coût à facturer à l'utilisateur en l'absence de financement externe (TFP + 100 %)

extrêmement faible. Il traduit la sous-dotation en personnel qualifié probablement compensée par des habitudes de prescriptions généreuses, comme le traduisent le ratio médicaments sur charges de 41 % et la dépense moyenne par « hospitalisation/mise en observation ». Son fort taux de financement propre (98 %) est le seul bon indicateur de performance.

(iv) L'Hôpital Saint Luc de Mbalmayo semble en sureffectif au regard du niveau d'activité. Avec un effectif en personnel de 51 agents, proche de celui de l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang, il réalise deux fois moins de consultations et d'accouchements. C'est la FSC qui effectue le moins d'actes par agents (277). Ce taux est proche de celui enregistré dans les hôpitaux publics.

On retiendra de cette section d'analyse trois points importants :

1. les FSC disposent d'un niveau de qualité et de performance suffisant pour rendre possible le démarrage de mutuelles,
2. cependant, des gains de performance sont possibles pour certaines FSC en particulier en termes de coût des prestations, l'organisation de la permanence de soins médicalisée en urgence étant un deuxième axe d'amélioration possible,
3. des difficultés sont à anticiper avec l'Hôpital Saint Luc de Mbalmayo en raison de pratiques parallèles probables et d'une prise en charge des urgences à améliorer.

D. Caractérisation de la demande en micro-assurance santé

La demande de micro-assurance santé est difficile à cerner compte-tenu de la nouveauté du service proposé.

Lors de la première réunion des focus groupes, le principe de la micro-assurance santé a été présenté aux participants. Ce n'est qu'après cette présentation qu'il a été demandé aux participants d'indiquer individuellement s'ils étaient intéressés à adhérer, le montant qu'ils pourraient allouer, les prestations et les prestataires prioritaires à couvrir. Des produits ont été conçus à partir de ces informations et proposés aux participants lors de la deuxième réunion de focus groupe. Ce test a permis de connaître les caractéristiques de la demande.

Si des dominantes se dégagent entre les quatre zones, des spécificités ont été observées. Elles illustrent l'hétérogénéité de la demande de prévoyance.

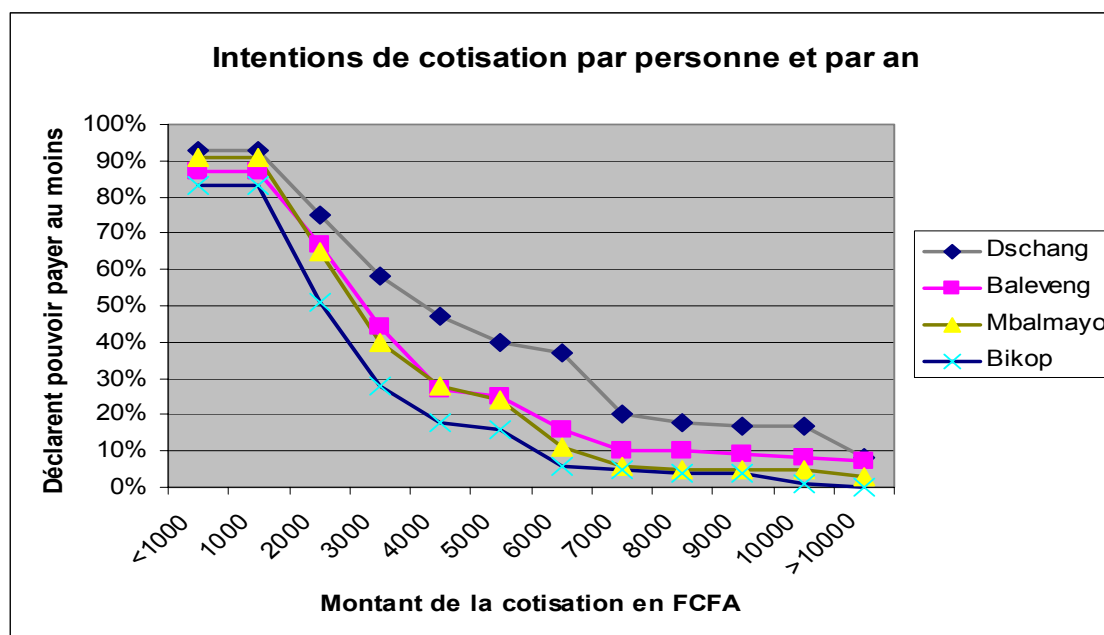
1. La détermination des intentions de cotisation à la mutuelle

La connaissance des intentions de cotisation est une étape clef pour la conception d'une stratégie de promotion de mutuelles de santé.

Les intentions de cotisation déclarées sont indiquées par personne et par an pour pouvoir être comparées aux montants de cotisation demandés par les mutuelles.

Les enquêtes réalisées au près de 1 120 personnes donnent les résultats suivants.

Les enquêtes ont indiqué un montant par ménage et par an. Le diagramme suivant indique le pourcentage des ménages ayant déclaré un montant égal ou supérieur à celui indiqué.



Les intentions de cotisation suivent assez fidèlement les revenus supposés des ménages, les plus élevés dans la ville de Dschang, et sûrement les moins élevés dans le village de Bikop.

Une cotisation de 4 000 FCFA par personne et par an²⁵ correspondrait à un montant de cotisation que 47 % des habitants de la ville de Dschang pourraient payer, mais seulement 27 % de ceux de Baleveng, 28 % de ceux de Mbalmayo et seulement 18 % de ceux du village de Bikop.

Quelles que soient les zones étudiées, pour être accessible à un pourcentage significatif de la population, soit 40 % d'objectif fixé par le Ministère de la Santé et souhaité par l'OCASC, le montant de la cotisation ne devrait pas dépasser 3 000 FCFA dans trois des quatre zones étudiées, comme l'indique le tableau suivant. Il devrait même être inférieur dans le village de Bikop.

Tableau 9 : Distribution des intentions de cotisation par zone

Déclarent pouvoir payer par personne et par an au moins	Dschang	Baleveng	Mbalmayo	Bikop
<1 000	93 %	87 %	91 %	83 %
1 000	93 %	87 %	91 %	83 %
2 000	75 %	67 %	65 %	51 %
3 000	58 %	44 %	40 %	28 %
4 000	47 %	27 %	28 %	18 %
5 000	40 %	25 %	24 %	16 %
6 000	37 %	16 %	11 %	6 %
7 000	20 %	10 %	6 %	5 %
8 000	18 %	10 %	5 %	4 %
9 000	17 %	9 %	5 %	4 %
10 000	17 %	8 %	5 %	1 %
>10 000	8 %	7 %	3 %	0 %

²⁵ Le montant correspond à celui demandé par la quasi-totalité des mutuelles existantes étudiées dans la province de l'Ouest (cf. rapport Josselin Guillebert page 40 et suivantes).

2. Les prestations à couvrir en priorité

Compte-tenu des niveaux de cotisation déclarés, il est nécessaire de sélectionner soit le type de prestations de soins couvertes, soit les modalités et le niveau de couverture.

Il existe un très grand nombre de produits possibles selon le type de prestations couvertes et le niveau de copaiement retenu.

Les entretiens en focus groupe ont permis d'identifier clairement les prestations que les enquêtés souhaitaient voir couvrir en priorité. Elles sont relativement homogènes d'une zone à l'autre.

Tableau 10 : Choix des prestations à couvrir en priorité

Prestations choisies	Dschang	Baleveng	Mbalmayo	Bikop
Consultations	44 %	45 %	45 %	42 %
Hospitalisations	32 %	29 %	29 %	28 %
Chirurgie	15 %	8 %	16 %	10 %
Accouchements	6 %	11 %	7 %	13 %
Transport référé	3 %	8 %	3 %	7 %

Dans tous les sites, les consultations ambulatoires sont choisies en priorité, suivies des hospitalisations. Les interventions chirurgicales viennent en troisième position dans les deux zones d'attraction d'un hôpital avec chirurgie. Dans les deux autres (Baleveng et Bikop), ce sont les accouchements qui figurent en troisième position. Le transport vient régulièrement en dernier avec un faible taux de demande de prise en charge.

3. Le choix des prestataires

Les réponses à la question « Avec quels prestataires souhaiteriez-vous que la mutuelle travaille ? » mettent en évidence une préférence marquée pour les Formations Sanitaires Catholiques à l'exception du CS Saint Kisito de Baleveng (38 %) fortement concurrencé par la présence d'un médecin au CMA public de Nkong-Ni situé à quelques centaines de mètres.

Tableau 11 : Choix des prestataires

Prestataires préférés	Privé Catholique	Public	Autres
Dschang	54 %	24 %	21 %
Baleveng	38 %	39 %	0 %
Mbalmayo	64 %	36 %	0 %
Bikop	100 %	Pas d'offre publique	0 %

Le tableau éclaire une des raisons possibles de la non adhésion à des mutuelles de santé qui ne travailleraient qu'avec des services publics de santé.

A la question « Adhériez-vous à la mutuelle si elle ne travaillait qu'avec des FSC ou qu'avec des services public ? », les réponses obtenues dans deux des quatre sites sont les suivantes :

Tableau 12 : Incidence de la sélection des prestataires sur les adhésions partielles

Adhérerait si la mutuelle ne travaille qu'avec	Privé Catholique	Public	Autres
Baleveng	72 %	28 %	0 %
Bikop	82 %	18 %	0 %

Les résultats sont éloquentes : une mutuelle qui ne travaillerait à Baleveng qu'avec les CMA publics de Nkong-Ni ne pourrait espérer faire adhérer plus de 28 % des ménages et seulement 18 % à Bikop. Les intentions d'adhésions sont beaucoup plus élevées si les mutuelles se conventionnent uniquement avec des FSC. Pour autant, des mutuelles implantées dans ces zones perdraient entre 18 et 28 % de leur public cible en ne travaillant qu'avec des FSC.

4. La périodicité de la collecte des cotisations

Les préférences des répondants en termes de périodicité de paiement des cotisations sont exprimées ainsi :

Tableau 13 : Préférences de périodicité de paiement exprimées par l'échantillon

	Annuelle	Semestrielle	Trimestrielle	Mensuelle
Dschang	29,4 %	17,6 %	39,7 %	13,2 %
Baleveng	3,2 %	17,9 %	62,1 %	16,8 %
Mbalmayo	11,9 %	14,3 %	58,3 %	15,5 %
Bikop	16 %	34 %	22 %	28 %
Moyenne	16,2 %	27,8 %	42,9 %	13,1 %

La périodicité de paiement sollicitée par la population est la périodicité trimestrielle puis semestrielle²⁶. Le paiement mensuel est l'option la moins choisie. Le paiement annuel n'est exprimé en première intention que par 16,2 % des répondants.

Il s'agit de préférences dont l'expérience du paiement fractionné²⁷ montre qu'elles ne garantissent pas à elles seules une régularité de paiement des cotisations.

5. Le choix du mode de copaiement

Après discussion en focus groupe 1 sur le mode de copaiement, des produits avec franchise ont été testés. Le choix est discuté au paragraphe 1 de la IV partie.

6. Le test des produits

Les tests avaient pour but de mieux cerner les tendances de choix des produits en fonction de leur prix et de la couverture proposée. Des produits ont été conçus en fonction des intentions de cotisation déclarées.

Trois produits ont été proposés dans chaque zone :

1. un produit de base ne couvrant que les consultations ambulatoires - produit 1,

²⁶ Données collectées en focus group 2 après propositions de produit.

²⁷ Voir rapport Josselin Guillebert

2. un produit à un prix moyen couvrant les consultations et les hospitalisations - produit 2,
3. un produit plus cher couvrant la troisième priorité exprimée par les enquêtés, les interventions chirurgicales, à l'exception de Bikop où l'accouchement et le suivi de grossesse avaient été préférés - produit 3.

Le niveau de franchise variait selon les zones ainsi que le montant du produit (fonction du prix des soins et de la fréquence attendue).

Le prix des produits a été fixé comme suit :

Tableau 14 : Présentation des produits testés en focus groupe

Montant des cotisations	Dschang*	Baleveng*	Mbalmayo*	Bikop**
	H	CS	H	CS
Produit 1	3 600	2 300	3 500	1 400
Produit 2	5 600	5 600	5 400	2 600
Produit 3	7 500	6 000	6 200	3 800

* Franchise CC = 1000 FCFA, Hospitalisation 2 000 FCFA, Interventions Chirurgicales en urgence 5 000 FCFA

** Franchise CC = 500 FCFA Hospitalisation 1 000 FCFA, Suivi de grossesse et accouchement : 1 000 FCFA

Les tendances suivantes se dégagent des réponses des enquêtés :

**Tableau 15 : Ce choix des produits proposés
par les participants des focus groupe N°2**

En pourcentage des participants présents	Dschang*	Baleveng*	Mbalmayo*	Bikop**
	H	CS	H	CS
Produit 1	7 %	37 %	17 %	1 %
Produit 2	82 %	55 %	32 %	79 %
Produit 3	10 %	8 %	51 %	20 %

* Franchise CC = 1 000, Hospitalisation 2 000, IC 5 000

** Franchise CC = 500, Hospitalisation 1 000, Suivi de grossesse et accouchement : 1 000

Commentaires :

Les tendances de choix diffèrent selon les zones :

- à Dschang et à Bikop, les produits 2 (consultations et hospitalisations) récoltent autour de 80 % des choix,
- dans les deux autres zones, les choix sont plus dispersés entre les trois produits : c'est à Baleveng que les produits 1 « consultations ambulatoires » obtiennent le meilleur score avec 37 % des intentions ; c'est à Mbalmayo que le produit 3 a le plus fort score (52 %) et vient en tête des produits ; c'est dans ces zones que le lancement de plusieurs produits se justifierait.

L'expérience montre que les participants des focus groupe comparent les garanties proposées et les prix entre les produits pour faire leur choix. Mais les choix effectués ne tiennent pas toujours compte de leur capacité contributive.

Ainsi, à Mbalmayo, le produit 2 choisi par 51 % des enquêtés correspondait à un montant de cotisation (6 200 FCFA) que seulement 10 % se déclaraient prêts à payer lors de la première réunion de focus groupe.

Cet écart illustre s'il en était besoin les difficultés observées par les opérateurs ou les mutualistes du choix des produits. Ces derniers ont de la difficulté à connaître les intentions réelles de cotisation de l'ensemble des habitants qu'ils représentent. Dans leur choix, l'attractivité du produit prend souvent le pas sur les capacités de la majorité à le payer.

Il a été tenu compte de ces biais dans l'estimation des taux de pénétration prévisionnelle.

7. L'estimation des taux de pénétration prévisionnelle

Comme indiqué dans l'introduction méthodologique, les intentions de choix ont été pondérées en fonction de trois indicateurs :

- la propension à payer : ou le pourcentage des ménages ayant déclaré être prêts à payer un montant équivalent ou supérieur au prix du produit,
- l'attractivité ou l'adéquation du produit avec les préférences des enquêtés en termes de prestations, prestataires et niveau de franchise,
- les taux d'inscriptions ou le pourcentage entre les personnes à charge et le nombre de bénéficiaires pouvant être inscrits par un adhérent.

Les estimations réalisées indiquent que, dans aucun des sites, les trois produits proposés, même s'ils sont combinés, ne permettent de dépasser un taux de 40 %.

Tableau 16 : Estimation des taux de pénétration prévisionnels

Localité	Hypothèse haute	Hypothèse moyenne	Hypothèse basse
Dschang	24 %	12 %	8 %
Baleveng	34 %	17 %	11 %
Mbalmayo	21 %	11 %	7 %
Bikop	11 %	5 %	4 %

Les résultats sont conformes aux TP observés dans les mutuelles existantes.

S'ils étaient lancés, un taux de pénétration maximum de 34 % pourrait être obtenu à Baleveng en retenant l'hypothèse haute, et moins de 30 % dans les autres sites.

Mais, il est en effet imprudent de ne tabler que sur la vérification de l'hypothèse haute qui ne prend pas en compte les variables sociales de l'adhésion comme la confiance ou le leadership, ni d'éventuelles baisses de revenus toujours possibles. Les taux de pénétration les plus probables se situeraient entre l'hypothèse moyenne et l'hypothèse basse, soit entre 4 % et 17 % (hypothèse moyenne et basse).

8. Enseignement des résultats des enquêtes auprès des ménages

Trois enseignements principaux peuvent être tirés des focus groupe réalisés :

- les difficultés financières pour payer les soins se déclarent avec des montants peu élevés,

- les intentions de cotisations chutent rapidement au dessus de 1 000 FCFA par personne et par an,
- des produits se limitant aux consultations ambulatoires auraient une pénétration plus faible que ceux couvrant des hospitalisations,
- pour atteindre une part significative de la population, le défi est de concevoir des produits d'un montant acceptable (entre 2 et 3 000 FCFA) et offrant la couverture la plus large possible (au moins consultations ambulatoires et hospitalisations).

E. L'organisation de l'Eglise Catholique

Cette partie de l'étude avait pour but d'apprécier l'apport possible des structures de l'Eglise catholique, autres que les FSC, à la mise en œuvre du projet

1. Les points communs aux zones étudiées

L'Eglise Catholique s'organise autour de la paroisse.

Chaque paroisse est divisée en postes satellites paroissiaux (chapelles). Les activités de la paroisse sont organisées par le Conseil Pastoral Paroissial, l'équipe paroissiale d'animation pastorale, le comité paroissial de gestion et le comité chrétien.

Dans chaque poste, sont organisées des Communautés Ecclésiales de Base (CEB). Les CEB constituent l'unité de regroupement des chrétiens habitant un même quartier.

Le bureau-type du CEB est constitué d'un modérateur, d'un secrétaire, d'un trésorier, d'un censeur, d'un liturgiste, d'un animateur, d'un responsable de la charité, d'un service d'accueil et d'un service d'action sociale et sportive.

N'excédant pas trente membres, les réunions des CEB sont un lieu privilégié de prières, de lectures et d'échanges. La solidarité entre ses membres s'exprime à travers les services rendus (catéchèse, célébration des sacrements pour les malades et personnes âgées, visites des malades, organisations des célébrations de mariage, participation au denier du culte, etc.). Les activités diffèrent d'un CEB à l'autre en fonction de son dynamisme. Certains participent au développement du quartier par la mise en œuvre de projets. Chacun participe en apportant sa main d'œuvre et/ou sa cotisation individuelle ponctuelle.

L'apport d'aide aux démunis y est recherché. L'aide au paiement de la cotisation à la mutuelle des personnes démunies est donc envisageable.

Les chrétiens de la paroisse se réunissent également en mouvements et en groupes d'activités (chorales, théâtre par exemple).

Le nombre et le dynamisme des CEB, de groupes et de mouvements, varient en fonction de la taille de la population, de son identité religieuse et de la présence ou non de membres actifs. L'origine communautaire des membres n'est pas un critère de constitution des groupes, mouvements et CEB.

2. Les spécificités par zone

(i) Dschang

A Dschang, le pouvoir religieux apparaît relativement influent. Les communautés de bases sont actives et nombreuses.

L'impression dominante est que l'Eglise Catholique bénéficie de la confiance de la population. Les messages des prêtres et catéchistes semblent être suivis avec la plus grande attention. Ils pourraient être mis à contribution en phase de sensibilisation.

(ii) Baleveng

A Baleveng l'évangélisation est plus récente (2003) et le pouvoir traditionnel prédomine.

Le prêtre semble bénéficier de la confiance et de l'écoute des chrétiens. Le chef supérieur rencontre fréquemment le prêtre de la paroisse afin de discuter de sujets tenant au village. La rivalité entre pouvoir religieux et pouvoir traditionnel observée dans la plupart des villages n'est pas présente à Baleveng. Si la promotion devait s'appuyer d'abord sur le pouvoir traditionnel, elle devrait associer la paroisse naissante.

(iii) Mbalmayo

L'évangélisation de la ville de Mbalmayo est ancienne (années 40). Selon les prêtres, les célébrations attirent toujours beaucoup de fidèles (douze messes par jour dans les quatre paroisses urbaines).

Les groupes et mouvements religieux sont nombreux et actifs. Ils peuvent aisément être mobilisés pour organiser la sensibilisation des catholiques pratiquants de la ville. On dénombre dans les quatre paroisses environ 55 groupes de prières et mouvements religieux, rassemblant près de 1 000 membres.

(iv) Bikop

L'Eglise et le centre de santé catholique situé à moins de 100 mètres, sont les principaux lieux de rencontre hebdomadaires à l'occasion desquelles des temps d'information et de sensibilisation pourraient être organisés.

Troisième partie : Les résultats du diagnostic des mutuelles existantes dans les zones d'intervention sélectionnées

Cette partie du rapport se réfère au Rapport d'étude « Collecte d'information sur les mutuelles de santé de la Province de l'Ouest au Cameroun réalisé par Josselin GUILLEBERT auprès de quatorze mutuelles situées dans le province de l'Ouest.

Pour chacune, les informations suivantes ont été collectées :

Les effectifs actuels et les tendances d'adhésion, les produits proposés, la gestion comptable et financière, le suivi du risque, la situation financière de la mutuelle.

Les expériences en cours et les résultats obtenus ont été analysés afin d'examiner l'opportunité ou non de répliquer les modèles adoptés, ou d'analyser quelle(s) composante(s) du modèle était(en)t répliquable.

On trouvera en annexe 2 la carte des mutuelles étudiées.

A. Le constat effectué

Les mutuelles étudiées partagent des caractéristiques communes.

1. Les effectifs actuels et les tendances

Sur les quatorze mutuelles, neuf ont communiqué leurs effectifs.

Tableau 17 : Les adhésions dans quatorze mutuelles de l'Ouest

District de santé	Aide de santé	Population cible	Adhérents	Bénéficiaires inscrits	Bénéficiaires à jour	Bénéficiaires après P.O	Evolution
Galim	NA	15 000	253	1 053	221	768	HAUSSE
Baganté	Banguoa	12 000	206	408	30	198	HAUSSE
Kongso	Hela	14 000	258	1 158	60		HAUSSE
Mbouda	Babété	11 831	295	470	136		STAGNE
Penka Michel	Balessing	9 742	355	1 449	222	928	HAUSSE
Penka Michel	Banéghang	13 000	184	757	157		HAUSSE
Penka Michel	Bansoa	11 240	342	1 292	158	430	STABLE
Dschang	Doumbouo	25 900	103	229	22	10	BAISSE
Mifi	Tyo	5 000	43	100	20	100	BAISSE
Total		117 713	2 039	6 916	1 026	2 434	

Taux de pénétration % bénéficiaires inscrits	5,9 %
Taux de pénétration % bénéficiaires à jour	0,9 %

On observe un écart important entre les bénéficiaires inscrits (6 916) et les bénéficiaires assurés (1 026).

Une pénétration très réduite en termes de bénéficiaires effectivement couverts : rapporté à la population cible, le taux de pénétration de ces neuf mutuelles calculé à partir des bénéficiaires inscrits était de 5,9 % et de moins de 1 % si seuls les bénéficiaires couverts étaient pris en compte.

Le taux de bénéficiaires couverts rapporté au taux de bénéficiaires ayant fini leur période d'observation est de $1\,026/2\,434 = 42\%$.

La jeunesse des mutuelles doit être prise en compte puisque la plupart a moins de deux ans d'existence. Cinq d'entre elles enregistrent une hausse de leurs effectifs.

2. Les produits proposés

La conception des produits semble s'être appuyée sur l'idée que les populations étant avant tout individualistes, elles n'adhéreraient à l'idée de mutuelles que si elles y trouvaient un intérêt à court terme.

Il s'agit le plus souvent de produits complets à forte visibilité. Le mode de copaiement est le ticket modérateur qui varie entre 25 et 30 %. Généralement, les soins ambulatoires et les hospitalisations sont pris en charge.

Des mesures strictes de contrôle des consommations sont appliquées : période probatoire et plafonnement des prises en charge par sinistre. Le niveau de plafonnement est relativement standard dans les mutuelles du Nord : 30 000 CFA pour les soins ambulatoires, 60 000 FCFA pour une hospitalisation, et 120 000 FCFA pour les interventions chirurgicales.

Le positionnement des cotisations se situe entre 250 FCA et 420 FCFA par personne et par mois, soit au dessus des intentions de cotisation médian observées dans nos enquêtes (2-3 000 FCFA par personne et par an selon les zones).

La possibilité offerte de payer la cotisation mensuellement est maintenant remise en cause.

Ce type de produit cherche à répondre à l'intérêt (économique) individuel d'adhérer, en levant les freins à l'adhésion : large couverture, haut niveau de prise en charge, et possibilité de paiement fractionné. Cette dernière facilité est en voie d'abandon.

Le plafonnement des prises en charge est rendu nécessaire par la faible taille des mutuelles qui ne peuvent supporter des risques trop élevés.

3. La gestion comptable et financière

Les mutuelles ont adopté une gestion simplifiée : les gérants ne suivent pas les principaux ratios permettant d'apprécier le niveau de viabilité financière de la mutuelle (ratios cotisation/charges totales, ratio de sinistralité, ratio frais de fonctionnement/produits, ratio de liquidité immédiate, de solvabilité, ...). Pourtant, le calcul de ces taux fait partie du Guide de Formation des Organes de gestion d'une Mutuelle de Santé développé par le SAILD, l'un des principaux promoteurs de mutuelles au Cameroun.

4. Le suivi du risque

Les mutuelles étudiées effectuent un suivi de la gestion du risque maladie élémentaire en se cantonnant pour la plupart au suivi des fréquences et des coûts moyens. Toutes ne connaissent pas leur taux de sinistralité et aucune ne connaît la consommation moyenne par bénéficiaire assuré. L'opérateur d'appui vient régulièrement collecter les données. Mais les indicateurs produits et les résultats de l'exploitation qui en a été faite ne sont pas disponibles.

5. La situation financière des mutuelles

L'appréciation de la situation financière des mutuelles a été la partie de l'enquête la plus difficile à réaliser en raison du manque de données disponibles.

Le taux de recouvrement est l'indicateur le plus couramment utilisé par les responsables mutualistes : il évolue entre 10 % et 70 %.

En l'absence d'indicateurs rigoureux de suivi du risque et de suivi financier, l'analyse de la viabilité financière n'a pu être effectuée.

B. Les causes du constat

L'étude a cherché à analyser les causes de cette situation afin d'examiner l'opportunité de soutenir cette approche.

1. Certaines causes sont matérielles

Il existe un manque réel de moyens pour promouvoir des mutuelles (communication, sensibilisation, information).

Si les opérateurs parviennent à faire financer les coûts d'installation des mutuelles, il leur est plus difficile d'obtenir dans la durée les moyens pour accompagner les mutuelles vers leur autonomie. Ce coût d'accompagnement semble avoir été sous-estimé.

Mais cette catégorie de causes ne peut pas à elle seule être invoquée pour expliquer les faibles résultats observés.

2. D'autres causes identifiées sont structurelles

(I) Malgré l'effort financier consenti, et en raison de l'application du ticket modérateur, les mutualistes n'ont pas de garantie d'accéder à des soins à un prix connu.

(II) Le paiement fractionné est inadapté dans certaines zones avec périodes de soudure monétaire. Le paiement fractionné est coûteux, exigeant, et facilite un comportement consumériste. Le fait d'avoir à payer volontairement chaque mois sans être malade incite à rechercher un « retour sur investissement ».

(III) Il existe un risque d'inéquité : les cotisants dont les droits ont été suspendus financent les consommations des cotisants réguliers. En l'absence de suivi rigoureux des consommations, un risque existe que les mauvais payeurs, dont les droits ont été suspendus, ne paient pour les gros consommateurs qui ont compris l'intérêt de payer régulièrement les cotisations. Ce risque spontanément perçu et évoqué par une responsable d'une FSC du Diocèse de Bafoussam peut nuire à l'image de marque des mutuelles auprès des membres de l'OCASC.

(IV) Le ticket modérateur permet à chacun de bénéficier de la mutuelle. Les mutualistes sont sûrs d'avoir un avantage en cas de maladie. Mais, dans le même temps, le TM mutualise des petites dépenses qui pourraient être supportées sans la mutuelle. Lorsque plus de 80 % des enquêtés déclare pouvoir payer jusqu'à 2 000 FCFA sans trop de difficulté, est-il nécessaire de prendre en charge 75 % de ce montant ?

(V) Le suivi du risque est une fonction complexe difficilement maîtrisable au niveau des mutuelles. L'opérateur d'appui prend de fait en charge cette fonction. Les stratégies d'autonomisation ne sont pas clairement définies.

3. D'autres trouvent leur origine dans la relation avec les prestataires

La défaillance des prestataires est une autre catégorie de cause aux difficultés de développement des mutuelles travaillant avec les services de santé de l'Etat.

3.1. La contractualisation

Les premières difficultés arrivent parfois au moment de contractualiser. L'accueil réservé aux mutuelles varie d'un service de santé à l'autre : dans certains cas, les responsables des FS publiques s'investissent dans la promotion de la mutuelle ; dans d'autres cas, plus rares (comme à Bafoussam), ils refusent de signer un contrat, ce qui rend la mutuelle non fonctionnelle.

Dans la majorité des cas, des contrats peuvent être signés, mais leur mise en application pose problème.

3.2. La non disponibilité en médicaments essentiels

Le problème est récurrent et les causes de ruptures de stocks (voulues ou subies) sont multiples. Les conséquences sont toujours les mêmes pour les mutualistes dont la mutuelle ne couvre que les produits disponibles dans les FS publiques : avoir à payer les ordonnances, alors qu'elles devraient normalement être prises en charge par la mutuelle.

3.3. Le respect des règles de facturation

Dans deux cas (voir C.1.4.), l'enquête a mis en évidence que l'infirmier pratiquait une surtarification, ou s'adonnait à des pratiques parallèles (vente de médicaments pour son compte).

Une des difficultés relevées par l'étude est que les contrats passés n'engagent que les signataires et non les structures. La coopération peut être excellente si les responsables des FS publiques en ont la volonté. Dans le cas contraire les conflits sont fréquents. Dans ces cas, l'intervention de la hiérarchie est rare. La plupart du temps, des solutions sont trouvées au niveau local avec l'opérateur d'appui.

Ces difficultés peuvent expliquer pourquoi les membres des mutuelles, qui travaillent uniquement avec les services publics de santé, souhaitent étendre leur couverture aux FSC de proximité.

Cette dernière catégorie de facteur ne serait pas un frein pour les mutuelles traitant avec les FSC.

C. Les enseignements tirés

Au vu des taux de pénétration constatés et des causes identifiées, une opportunité de tester des approches alternatives se dégage de cette partie de l'étude. L'écart entre le prix des produits proposés au regard des intentions de cotisations recueillies au cours de l'étude est important. Il invite à concevoir des produits à prix plus réduit. De même, le paiement fractionné volontaire a montré ses limites comme dans les autres contextes où il a été essayé. L'expérience montre que, choisi initialement par les futurs cotisants, il est remplacé par le paiement annuel après une ou deux années.

Cette brève étude des mutuelles existantes a également été utile pour définir une stratégie d'appui à leur intention. Elle est développée dans la cinquième partie.

Quatrième partie : Choix d'une stratégie rendant possible l'obtention de taux de pénétration élevés

Le premier des objectifs de l'étude était d'examiner la possibilité pour les mutuelles de couvrir une part significative de la population. Cette partie du document présente les caractéristiques de l'approche proposée.

A. Choix d'une approche sociale et justification

L'approche proposée met en priorité l'atteinte d'un taux de pénétration élevé (de l'ordre de 30 % ou plus).

Elle veut offrir un niveau minimum de sécurité à la couche des ménages dans la catégorie de revenus inférieure à la médiane.

Elle veut prendre en compte la dimension d'éducation et de promotion humaine de la mutualité.

Pour ce faire, considérant que le montant de la cotisation est un déterminant majeur de la décision d'adhésion, elle proposera des produits de micro-assurance santé avec des montants de cotisation bas (inférieur à 3 000 FCFA), que plus de deux tiers de la population enquêtée ont déclaré pouvoir payer. Les produits proposeront un mode de copaiement avec une franchise dont le niveau variera en fonction du montant de cotisation choisi.

Le paiement de la cotisation sera annuel. La stratégie de communication sur les changements de comportements utilisée par l'OCASC dans d'autres domaines sera utilisée comme méthode de sensibilisation à la prévoyance et à la solidarité.. Elle cherchera à promouvoir l'éducation à la prévoyance et à la solidarité. Les structures de l'Eglise seront mises à contribution.

Pour accompagner l'apprentissage de la prévoyance et de l'assurance, les cotisations des produits visant les publics les plus défavorisés seront subventionnées de façon dégressive.

Cette approche repose sur les postulats suivants :

« La sécurité que pourrait apporter la mutuelle peut être perçue par la population avec une bonne stratégie de communication ».

« Le faible montant initial de la cotisation permettra d'obtenir un taux de pénétration élevé en année 1 et de fidéliser un nombre significatif des ménages ».

« Le principe de la franchise obligera à communiquer sur les notions d'assurance et de solidarité qui, elles aussi, peuvent être comprises avec le temps par les populations ».

B. Justification des choix effectués

Cette approche est en cohérence avec les objectifs que s'assigne l'Eglise Catholique en matière de mutualité, que ce soit en termes de public cible visé que de valeurs qu'elle souhaite promouvoir dans la société camerounaise.

Pour autant, l'objectif de viabilité économique et financière des mutuelles qui seront créées fait également partie de cette approche. C'est grâce à la fidélisation d'un nombre important d'adhérents et un relèvement progressif de la cotisation à son coût réel, que les mutuelles mobiliseront les ressources financières propres nécessaires à leur viabilité.

1. Justification de la franchise comme mode de copaiement

Avec l'application d'une franchise, le mutualiste s'acquitte de la totalité des frais en dessous du montant de la franchise et ne paie que la franchise si la facture à payer dépasse ce montant.

Si la franchise fixée par la mutuelle pour les consultations (avec médicaments et actes de laboratoire) est de 2 000 FCFA un mutualiste ayant à payer 1 000 FCFA s'acquitterait de la totalité. En revanche, si sa facture est de 3 500 FCFA, il ne paierait que 1 000 FCFA et la mutuelle la différence (2 500 FCFA).

La mode de copaiement avec franchise a de multiples avantages :

- il ne mutualise que les dépenses au dessus de la franchise, ce qui réduit le coût de la cotisation à la différence du ticket modérateur avec lequel la mutuelle intervient « au premier franc »,
- il est simple à expliquer, ce que les réunions de focus groupe ont confirmé,
- mais surtout, il offre une plus grande sécurité : au dessus du montant indiqué, le mutualiste est « sûr » de ne rien avoir à payer pour se faire soigner pour les prestations et le prestataire couverts.

Dans le tableau suivant, on a calculé en fonction du montant de la franchise choisi (colonne A) le pourcentage des dépenses (ou ticket modérateur) qui seraient laissées à la charge des ménages. Il s'agit d'un ticket modérateur moyen évoluant dans une fourchette de 82 % à moins de 10 %.

Tableau 18 : Comparaison des produits avec franchise et ticket modérateur - Hôpital de Dschang

Prestations	Franchise	Ticket modérateur	Minimum	Maximum
	A	B	C	D
Consultations curatives	4 500	65 %	88	19 918
Hospitalisations	10 000	34 %	2 079	67 796
Interventions chirurgicales	10 000	10 %	6 300	52 745
Accouchements	10 000	82 %	432	53 013

(Source : Sondage prescription à l'hôpital de Dschang)

Commentaire du tableau

Pour les consultations ambulatoires, une franchise de 4 500 FCFA correspond à un taux de prise en charge de 35 % ou un ticket modérateur moyen de 65 %. On voit qu'un même taux de franchise « 10 000 FCFA » correspond à des tickets modérateurs moyens

plus faibles pour les risques majeurs (interventions chirurgicales) que pour les autres (82 % pour les accouchements).

Dans les deux autres colonnes, ont été indiqués les montants minima et maxima que le mutualiste aurait dû payer si les TM modérateurs figurant dans la colonne B avaient été appliqués.

On observe que même avec un TM moyen de seulement 10 % sur les interventions chirurgicales et de 34 % sur les hospitalisations, les montants encore à la charge du mutualiste dépasseraient 50 000 FCFA.

C'est pourquoi la franchise offre plus de sécurité que le ticket modérateur.

La franchise comporte également des inconvénients :

- (i) Le plus évident est son acceptabilité : en dessous de la franchise, le mutualiste n'est pas aidé. Il doit toujours faire face à ses dépenses. Avec la franchise, « on ne gagne pas toujours ». Le pourcentage des mutualistes pris en charge par la mutuelle en cas de recours aux soins varie en fonction du niveau de franchise et de la prestation.

Les simulations effectuées donnent les résultats suivants :

**Tableau 19 : Estimation des fréquences d'intervention
de la mutuelle en fonction du niveau de franchise**

Prestation	Saint Vincent de Paul de Dschang		Hôpital Saint Luc de Mbalmayo *	
	Franchise	Fréquence d'intervention*	Franchise	Fréquence d'intervention*
Consultation	4 500	36 %	3 000	39 %
Hospitalisation	10 000	89 %	10 000	39 %
Interventions chirurgicales	10 000	98 %	10 000	73 %
Accouchements	10 000	14 %	10 000	99 %

Les pourcentages sont donnés par rapport aux malades mutualistes utilisant le service et non par rapport au nombre total de mutualistes.

Avec une franchise de 4 500 FCFA, 36 % des mutualistes se rendant à l'hôpital de Saint Vincent de Paul de Dschang pour consulter en ambulatoire bénéficieraient d'une prise en charge de la mutuelle. Avec une franchise de 10 000 FCFA sur les interventions hospitalisations, 89 % des mutualistes hospitalisés et 98 % des malades opérés seraient aidés par la mutuelle. C'est pour les accouchements que le pourcentage de mutualistes pris en charge est le plus faible, 14 %. C'est également la prestation qui vient en dernière priorité chez les participants des focus groupe.

A l'hôpital Saint Luc de Mbalmayo, un pourcentage comparable de consultants serait pris en charge (39 %). Mais la fréquence diffère pour les autres prestations car la distribution des dépenses facturées n'est pas la même. Les hospitalisations sont moins coûteuses pour les malades et seulement 39 % des mutualistes hospitalisés bénéficieraient des services de la mutuelle. En revanche, le prix des accouchements étant plus élevé, 99 % des parturientes mutualistes seraient aidées par la mutuelle.

Pour estimer l'attractivité de produits avec franchise, on a estimé le pourcentage de mutualistes qui seraient pris en charge au cours d'une année. Les taux indiqués se réfèrent au nombre total de mutualistes.

Le tableau suivant indique la fréquence des prises en charge par mutualiste et par an en fonction du niveau de franchise retenu. Elle est fonction de la fréquence de recours et du pourcentage des recours faisant l'objet d'une prise en charge.

Tableau 20 : Variation des fréquences d'intervention de la mutuelle d'un produit ne couvrant que la consultation curative dans la ville de Mbalmayo

Montant de franchise	Hôpital Saint Vincent de Paul Dschang	Hôpital Saint Luc de Mbalmayo
1000	36 %	39 %
2000	28 %	27 %
3000	23 %	20 %
4000	16 %	13 %
5000	12 %	5 %
6000	10 %	0 %

Le tableau indique qu'avec une franchise à 1 000 FCFA et compte-tenu de la fréquence prévisionnelle de recours, 39 % des mutualistes de Dschang bénéficieraient d'une prise en charge dans l'année pour cette prestation uniquement. Ils seraient entre 12 et 16 % avec une franchise de 4 500 FCFA. Mais, dans tous les cas, les mutualistes auraient été à l'abri de dépenses exceptionnelles.

(ii) La communication sur la franchise n'est pas la même que sur le ticket modérateur. Elle est plus difficile à maîtriser car elle renvoie à des notions autres que le gain financier immédiat. C'est ici que la sensibilisation sur des thèmes individuels de la sécurité apportée par la mutuelle prend tout son sens.

(iii) L'application d'une franchise impose que le prestataire soit payé de façon forfaitaire : autrement le risque de surprescription, que ce soit à l'initiative du personnel soignant ou des malades (qui ont la gratuité des soins au-delà du montant franchisé), est trop élevé : PAS DE FRANCHISE SANS FORFAIT est la règle d'or, ou, en tous les cas, une pratique salubre. Le risque est minoré avec les FSC qui ont toutes accepté le principe d'une facturation forfaitaire (voir infra).

(iv) Le calcul de la franchise et le suivi de son coût nécessitent que le prestataire communique la distribution du coût des prestations facturées aux malades, ce qui est loin d'être toujours possible²⁸.

Ce sont les principales raisons pour lesquelles la franchise est moins souvent choisie que le ticket modérateur²⁹.

2. Justification du subventionnement et de la réassurance

Si l'on veut atteindre des populations aux ressources limitées, leur demander de financer à la fois les prestations maladie, les charges de gestion et la constitution de réserves est contradictoire avec le constat d'une faible propension initiale à payer un service innovant.

²⁸ Pour les besoins de l'étude, on a des enquêtes spécifiques qui ont été réalisées dans les formations sanitaires.

²⁹ Elle a été introduite avec succès par le CIDR au Bénin.

Sur le plan technique, le coût des produits a été fixé en l'absence d'historique de consommation des futurs mutualistes. Dans ce cas une marge de sécurité élevée devrait être appliquée, ce qui augmenterait le montant de la cotisation. La subvention initiale permet de ne pas majorer le prix de la cotisation et de l'ajuster progressivement à son coût réel constaté.

L'expérience montre qu'avec le temps et l'apprentissage de l'utilité des services des mutuelles, la propension à payer augmente.

3. Justification d'une période de collecte de cotisation unique

Les risques d'un tel choix sont connus :

- l'accessibilité financière des ménages dont les revenus sont fractionnés tout au long de l'année est considérablement réduite en l'absence de système et de culture de la prévoyance,
- positionné au moment d'une récolte unique, le recouvrement des cotisations se heurte aux risques de mauvaises récoltes et de chutes des prix.

Cependant, le choix de la période d'adhésion fermée à paiement unique présente de multiples avantages :

- simplification du système d'enregistrement des membres, de la comptabilité et du suivi du risque, et donc amélioration de l'efficacité de la mutuelle (maîtrise facilitée du système et réduction des coûts),
- limitation de l'anti-sélection (on s'inscrit avant d'être malade),
- réduction des efforts à fournir que peuvent ressentir les membres : la charge financière peut être lourde, mais limite le nombre de paiements à effectuer et libère des soucis du paiement mensuel,
- possible limitation du risque moral : ce mode de paiement supprime l'impression de payer « en permanence » la mutuelle, comme ce peut être le cas avec le paiement mensuel ; cela peut contribuer à réduire la tendance à vouloir rentabiliser la cotisation,
- obtention de taux de recouvrement des cotisations plus élevés qu'en mode de cotisation mensuelle et/ou de paiement fractionné : la cotisation est réglée pour l'année et l'adhérent ne se pose pas de question permanente sur le bénéfice de sa recotisation le mois prochain.

Conscient de l'impact d'une telle mesure sur l'accessibilité financière du produit, des mesures de facilitation du paiement devraient être mises en œuvre (telle que la constitution d'épargne au sein des associations).

Le paiement trimestriel, le plus souvent choisi dans les focus groupes 1, pourra être testé dans des conditions précises.

C. Elaboration de produits à proposer et stratégie d'accompagnement

Compte-tenu des intentions de cotisation exprimées, 2 types de produits pourraient être proposés :

1. un produit grand public avec faible montant de cotisation ; c'est ce produit qui sera subventionné,

2. un produit avec montant de cotisation plus élevé en contrepartie de l'abaissement de la franchise.

1. Produit grand public

Le tableau suivant présente les caractéristiques des produits « grand public » qu'il serait possible de proposer dans les quatre zones.

Tableau 21 : Caractéristiques d'un produit « Grand public »

Caractéristiques du produit	Dschang	Mbalmayo	Bikop	Baleveng
Montant de la cotisation par personne et par an	2 000	2 000	1 000	2 000
Pourcentage de ménages ayant déclaré un montant égal ou supérieur	71 %	48 %	59 %	55 %
Franchise consultations curatives	4 500	3 000	2 000	3 000
Franchise HM, IC et ACC	10 000	10 000	2 000	3 000
Taux de prise en charge par assuré par an = visibilité	21 %	33 %	32 %	41 %
Nombre de prises en charge prévisionnelle par ménage par an	1,25	1,79	2,01	2,58
Taux d'attractivité	48 %	70 %	79 %	69 %
Taux d'adhésion potentiel	34 %	34 %	47 %	38 %
Taux d'inscription	91 %	69 %	84 %	73 %
Taux de pénétration potentiel	31 %	23 %	39 %	28 %

Il s'agit de produits subventionnés.

Ils permettraient d'envisager d'atteindre des taux de pénétration significatifs.

Les montants de la cotisation indiqués ne correspondent pas à leur coût réel. Le niveau de subventionnement estimé et le coût qui sera assumé par le projet sont décrits dans la troisième partie.

Commentaires sur les produits élaborés

A Dschang, le prix des prestations obligera les mutuelles à maintenir un niveau de franchise élevé si elles veulent maintenir la cotisation à un prix acceptable.

Un ménage souhaitant faire inscrire cinq membres (taux d'inscription moyen déclaré) aurait à payer 10 000 FCFA par an. Il serait assuré de ne jamais dépenser plus de 4 500 FCFA en consultation à l'hôpital. Il bénéficierait d'une prise en charge dans un cas sur trois en consultation ambulatoire.

En cas d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales, il serait assuré de ne pas dépenser plus de 10 000 FCFA. Dans ces cas, il serait aidé par la mutuelle dans 90 % des cas.

Le produit couvre également les accouchements simples ou compliqués, au dessus de 10 000 FCFA, soit 14 % des cas, bien que cette prestation de soins soit la dernière priorité mentionnée par les enquêtes.

A Mbalmayo et à Baleveng, il n'a pas été possible de descendre en dessous du niveau de franchise de 3 000 FCFA avec des cotisations appelées de 2 000 FCFA.

C'est indiscutablement à Bikop, et toujours en raison du prix de soins, que le produit paraît le plus attractif. Un mutualiste inscrivant cinq personnes paierait annuellement 5 000 FCFA pour être sûr de ne pas payer plus de 2 000 FCFA au centre de santé, que ce soit pour les consultations, les hospitalisations ou les accouchements. Avec une forte sensibilisation, il serait possible d'atteindre, avec le temps, près de 40 % de la population.

2. Produit à montant de cotisation plus élevé et à franchise plus basse

Ce produit est plus adapté lorsque les seuils d'accessibilité financière déclarés pour les soins sont bas et les intentions de cotisation plus élevées.

Le produit ne vise pas des taux de pénétration élevés. Mais, compte-tenu du montant unitaire de la cotisation, des taux de pénétration même faibles correspondent à des montants de ressources significatifs.

Tableau 22 : Autres produits à tester

Paramètres du produit	Dschang 2	Mbalmayo 2
Montant de la cotisation	6 000	5 000
Franchise consultations curatives	2 000	2 000
Franchise HM, IC et ACC	5 000	2 000
Nombre de prises en charge/assuré=visibilité	0,6	0,52
Coût du produit	5 900	4 900
Pourcentage de ménages ayant déclaré un montant égal ou supérieur	11 %	13 %
Taux d'attractivité	58 %	76 %
Taux d'adhésion potentiel	6 %	10 %
Taux d'inscription	80 %	60 %
Taux de pénétration potentiel	5 %	7 %

Commentaires

Avec une de cotisation 6 000 FCFA à Dschang et 5 000 FCFA à Mbalmayo, les taux de pénétration prévisionnels des produits sont estimés respectivement à 5 et 7 %.

D. Les principes de gestion des mutuelles

Ils ont été définis suite au constat effectué au Cameroun comme dans d'autres pays. Ils recherchent la plus grande efficience possible dans la gestion des mutuelles.

1. Le constat

Constat 1 : Dans toutes les mutuelles ayant pour public cible des populations à ressources modestes, demander à des personnes d'assumer dans la durée des tâches répétitives et lourdes à titre bénévole pose problème.

Constat 2 : Les tâches de gestion courante d'une mutuelle sont relativement complexes et lourdes. Elles sont difficilement assumées correctement par des non professionnels.

Constat 3 : Un bon contrôle et un suivi rigoureux des risques est indispensable à la viabilité des mutuelles : suivi des risques par bénéficiaire, par prestataire, par groupe, contrôle des facturations, audit médical, ... Ces fonctions dépassent les compétences d'un gestionnaire de mutuelles. Elles doivent être externalisées.

Constat 4 : Une bonne gouvernance est indispensable pour maintenir la confiance dans les mutuelles. Les élus ont besoin d'être appuyés pour exercer correctement ces fonctions de gouvernance : préparation des CA et des AG, compréhension des informations techniques et financières, ...

Constat 5 : Pour les mutuelles à période de paiement unique, la campagne de collecte des cotisations nécessite un travail intensif de communication interpersonnelle concentré sur une période limitée.

Constat 6 : La propension à payer étant faible, le démarchage des membres et la collecte de leurs cotisations sont une charge de travail importante pendant la période de collecte des cotisations.

Constat 7 : Même lorsque les produits sont simples, l'information des mutualistes sur leurs droits et leurs devoirs pose problème. C'est pourtant une fonction nécessaire à la fidélisation des membres et à l'image de marque de la mutuelle.

Ce constat conduit à élaborer un schéma de gestion à partir des principes suivants :

2. Les principes et les modalités de gestion des mutuelles

Principe 1 : Séparation des fonctions de gestion et des fonctions de gouvernance

Les fonctions de gouvernance se limitent à la tenue des Conseils d'Administration et à la participation aux AG. Elles sont exercées à titre bénévole, ce qui n'exclut pas une indemnisation des frais qu'elles occasionnent.

Principe 2 : Rémunération des fonctions de gestion des mutuelles

Le suivi du portefeuille de membres, le suivi des prestations, la gestion comptable et financière de la mutuelle sont des fonctions de gestion qui doivent être confiées à des personnels compétents formés à cet effet et rémunérés en fonction de la charge de travail réelle. Différentes options sont possibles en fonction de la taille et du chiffre d'affaires des mutuelles. L'option la plus efficiente est à rechercher.

Principe 3 : Professionnalisation des fonctions de suivi du risque

Le suivi et le contrôle du risque nécessitent le recours à des compétences professionnelles spécialisées et à un équipement informatique performant. Elles sont coûteuses et doivent être mutualisées entre des réseaux de mutuelles.

Principe 4 : Sous-traitance de la fonction de collecte des cotisations

La collecte et l'acheminement des cotisations, l'enregistrement des membres sont des fonctions que la mutuelle devrait sous-traiter à des groupes organisés, que ce soit des tontines ou des associations d'entraide, des IMF ou d'autres. Ces organisations devraient être défrayées pour les services rendus à la mutuelle. Le défraiement doit cependant être plafonné à un niveau raisonnable.

En l'absence d'organisations fonctionnelles, ou en complément des tâches qu'elles seront en mesure d'effectuer, des collecteurs de cotisations pourraient être recrutés durant deux mois de l'année par les mutuelles. Il est alors souhaitable de leur apporter une formation aux techniques de marketing social.

3. Les modalités pratiques dans les zones étudiées

3.1. La collecte des cotisations

3.1.1. Les mesures facilitant la collecte des cotisations

Le système de collecte adopté est celui d'une période d'adhésion fermée à paiement unique.

Deux mesures pourraient être mises en œuvre pour faciliter le paiement des cotisations :

1. L'incitation à la création de caisses « mutuelles de santé » dans les tontines. Comme il existe un système de participation financière hebdomadaire ou mensuelle aux caisses « décès », « transport », etc., il est envisageable de proposer la création d'une caisse « mutuelle de santé ». Cela reviendrait à une caisse d'épargne dont la destination serait le paiement de la cotisation annuelle à la mutuelle de santé. Selon les associations, un système de solidarité peut jouer en faveur de ceux dont l'épargne n'est pas suffisante. Ce système est particulièrement opportun à l'Ouest où les caisses de tontines sont omniprésentes.

2. Il est possible de coupler cette initiative avec un système d'épargne, géré par la mutuelle elle-même. Il répondrait particulièrement aux besoins des non membres d'associations. Ce système permettrait de répondre partiellement aux demandes de paiement fractionnée de la population (pouvoir payer « *petit à petit, chaque fois que l'on a un peu d'argent en poche* »). Il constituerait une facilité de paiement face aux difficultés à garder de l'argent chez soi, mais n'ouvrirait pas droit à une prise en charge si le montant total de la cotisation n'est pas disponible. Destiné uniquement

au paiement de la cotisation, l'accès au système d'épargne serait conditionné par la signature d'un contrat d'adhésion à la mutuelle.

En parallèle, le plan de marketing social devra insister sur les bénéfices du mode d'adhésion fermée à paiement unique et promouvoir le principe de prévoyance.

3.1.2. Organisation de la collecte

La collecte de cotisations est assurée sous la gouvernance du bureau exécutif de chaque mutuelle.

Trois systèmes sont possibles :

- La sélection de personnes dans les quartiers, chargées de verser les cotisations au bureau de la mutuelle, pour le compte des adhérents : cette solution a été rejetée en masse, en raison des détournements fréquents observés au quotidien.
- Le paiement direct de chaque adhérent au bureau de la mutuelle : cette solution est préférée à la première. Cependant, au regard d'un certain degré d'inertie observé au sein de la population, il est à craindre que les taux d'adhésion ne soient quelque peu limités si une démarche non active n'est pas entreprise.
- Les collecteurs d'épargne : A une date préalablement annoncée, les collecteurs se déplacent - dans les associations, au sein des quartiers, sur les lieux de vente du cacao - pour collecter les cotisations et inscrire les adhérents.

3.1.3. Les autres lieux possibles de collecte de cotisations

Les organisations de producteurs ne constituent pour le moment dans aucune des deux zones d'étude des collecteurs possibles d'épargne. Les Groupements d'Initiatives Communes (GIC) sont encore balbutiants dans leur organisation. Les gains que leurs activités mobilisent sont de très faibles montants.

Les coopératives et unions telles que la CAPLAME, l'UCCAO ou la CDCAO sont soit en faillite, soit en restructuration, et ne bénéficient que d'un très faible crédit aux yeux de la population.

Les entreprises forestières de Mbalmayo en revanche peuvent constituer des collecteurs d'épargne pour leurs salariés. On compte trois entreprises : COCAM, EcamPlacage et IBC. Les deux premières³⁰ se sont déclarées favorables à la collecte de cotisation au niveau de l'entreprise.

L'entreprise EcamPlacage (251 salariés) a expérimenté des mesures de facilitation de l'accès aux soins. Le système de remboursement contre justificatifs de dépenses dans les limites autorisées (50 000 à 250 000 FCFA par salarié) a été abandonné en raison de la multiplication des abus et de la charge de travail qu'il impliquait. Aujourd'hui, cette même somme est mise à disposition de chaque salarié en début d'année. Le salarié la gère comme bon lui semble (80 % de la somme totale a été consommée au cours des deux premières semaines de l'année).

³⁰ IBC assure la prise en charge médicale complète des employés et de leur famille restreinte dans la limite de 50 000 FCFA par an. Les consultations sont assurées gratuitement par un médecin et un infirmier diplômé permanent. Le système fonctionne bien et une mutuelle n'apporterait pas de valeur ajoutée pour les salariés.

Conscient de l'inefficacité du système, le directeur financier d'Ecamlacage a émis la possibilité de déduire de cette allocation le montant de cotisations pour les salariés qui souhaiteraient adhérer à la mutuelle.

L'entreprise COCAM (281 salariés) ne dispose pas de mesures particulières pour l'accès financier aux soins. Elle s'est cependant déclarée favorable à la collecte de cotisation pour les salariés volontaires. Outre l'amélioration de la santé – et de la productivité – de ses salariés, cette mesure permettrait de répondre aux multiples demandes du syndicat de mise en place d'une mutuelle de santé.

3.1.4. La période de collecte des cotisations

Elle s'appuie sur les périodes de disponibilités monétaires. Elle varie donc en fonction de la nature des revenus et des périodicités de dépenses :

- A Dschang et Baleveng, où les périodes d'entrées monétaires ne sont que peu marquées, ce sont davantage les périodes de dépenses importantes qui sont à éviter (septembre, octobre, décembre, janvier, mars et avril). Le mois de juin est proposé car il correspond aux premières récoltes vivrières.
- A Mbalmayo, les périodes de dépenses sont les mêmes que celle identifiées à l'Ouest. La période de récolte abondante a lieu en revanche plus tardivement, d'août à octobre. Afin de placer la collecte de cotisation en amont du paiement des frais d'écolage, le mois d'août sera la période la plus favorable.
- A Bikop, la période de collecte doit être positionnée entre le 1^{er} et le 15 novembre, soit après la rentrée scolaire et avant la consommation des revenus cacaoyers par les festivités.

Les cartes sont remplies par le Bureau Exécutif ou par le gestionnaire mutualiste selon les cas. Signées par le président, elles sont tenues à la disposition des membres ou remises à l'association par l'intermédiaire de laquelle ils ont adhéré.

3.2. La gestion de la mutuelle

Les attestations de prise en charge sont remises aux associations partenaires par le gérant de la mutuelle qui tient à jour un registre.

Les modalités d'administration (tenue des registres, gestion comptable et financière) de la mutuelle seront adaptées à chaque situation :

- à Bikop, compte-tenu de la taille réduite de la mutuelle, du souhait des personnes enquêtées, et de l'accord de la Congrégation propriétaire du CS de Bikop, il est proposé que les sœurs en assurent la gestion,
- dans les autres sites, la prise en charge d'un gestionnaire par la mutuelle devrait être possible si les prévisions d'adhésion se vérifient.

Le système de gestion à mettre en place dépendra également du rôle que le prestataire est prêt à jouer.

E. Le niveau d'implication des FSC dans la promotion et la gestion des mutuelles de santé

1. Les résultats des entretiens avec les responsables des formations sanitaires dans les zones étudiés

Afin de définir un système de gestion efficient, l'étude a cherché à identifier le niveau d'implication possible des formations sanitaires dans le fonctionnement de la mutuelle. Différentes fonctions possibles à prendre en charge leur ont été proposées au cours d'entretiens structurés.

1.1. L'implication des formations sanitaires dans le système de gestion de la mutuelle

La réflexion pour la définition du système gestionnaire s'est appuyée sur un rapide diagnostic des compétences et moyens mobilisables au sein de chaque formation sanitaire pour assurer ces fonctions.

Il a été alimenté par un échange avec les responsables de chaque formation afin de définir leur degré possible d'implication dans la mutuelle. Les différents niveaux proposés sont les suivants :

1. Devenir simplement, par contractualisation, le partenaire de la mutuelle. La formation sanitaire s'engage à assumer quelques tâches administratives supplémentaires.
2. Accepter le mode de paiement au forfait des prestations délivrées aux mutualistes, avec une réassurance du système de forfait par le projet.
3. Accorder des réductions tarifaires pour les patients mutualistes.
4. Faciliter la prise en charge des patients mutualistes au sein de la formation sanitaire par une information spécifique.
5. Informer les patients non mutualistes sur le bien fondé de la mutuelle, et ce dans le cadre des activités classiques menées par la formation sanitaire.
6. Intervenir auprès des autres formations sanitaires pour négocier les conditions de prises en charge des mutualistes référés auprès d'elles.
7. Assurer la gestion des fonds de la mutuelle (par simple délégation de gestion des fonds du budget utile) sans supporter un éventuel déficit.
8. Accepter de supporter les risques liés à l'assurance : la formation sanitaire devient l'assureur et supporte les déficits éventuels. Un fonds de réassurance est toutefois mis en place par le projet afin de prendre en charge le déficit sur des conditions négociées.

1.1.1. L'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang

Compte-tenu des faibles compétences gestionnaires du personnel de l'Hôpital et de l'ampleur de sa mobilisation dans un nouveau programme de prise en charge de

PVVIH, il a été conclu que l'Hôpital ne pourrait pas, même à moyen terme, s'impliquer dans la gestion de la mutuelle. Il en est de même pour le Centre de santé Saint Kisito, en raison de l'absence totale de connaissances en gestion.

Cependant, percevant l'intérêt du projet tant pour les populations que pour la formation sanitaire, chacune souhaite faciliter la mise en place et le fonctionnement de la mutuelle.

A ces fins, l'Hôpital Saint Vincent s'est déclaré, prêt à prendre les mesures suivantes :

- la mise en place d'un système de facturation forfaitaire des prestations maladie pour les bénéficiaires de la mutuelle,
- la mise à disposition de l'agent d'accueil pour orienter les mutualistes et renseigner les patients non mutualistes sur le bien-fondé de la mutuelle,
- l'articulation d'une activité de promotion des mutuelles de santé avec les activités préventives de l'hôpital (CPN, PMI etc.) ; les activités correspondantes réalisées au sein de l'hôpital ou en extérieur seront l'occasion de faire la promotion de la mutuelle,
- la réduction de tarifs pour les mutualistes n'est pas exclue, mais n'est pas envisageable pour le moment.

1.1.2. Le Centre de Santé Saint Kisito à Baleveng

La Sœur responsable s'est exprimée en faveur de :

- la mise en place de la facturation au forfait,
- la sensibilisation des consultants à l'importance de la mutuelle de santé (consultations classiques et prénatales). Ne disposant pas d'agents d'accueil, elle se propose d'assurer cette fonction elle-même.

Les moyens dont elle dispose ne lui permettent pas d'aller au delà.

1.1.3. L'Hôpital Saint Luc de Mbalmayo

Le responsable de l'Hôpital Saint Luc, volontaire travaillant dans l'ONG COE, s'est prononcé en faveur de la mise en place des mesures suivantes :

- la facturation au forfait,
- l'information des patients mutualistes et non mutualistes, par l'intermédiaire de l'agent d'accueil et du service social,
- des réductions tarifaires, envisageables si les volumes de fréquentation sont importants.

Le responsable a déclaré une « possibilité » a priori à assurer la gestion des fonds, mais aussi à supporter les risques (rôle de formation sanitaire assureur). Il a toutefois mis l'accent sur la faiblesse de l'équipe gestionnaire en place et sur la non pérennité de sa présence personnelle au sein de l'hôpital.

Bien que l'expérience de ce niveau de partenariat entre la formation sanitaire et la mutuelle soit très attirante, l'absence de visibilité à moyen terme de sa possible continuité invite à ne pas la retenir dans l'immédiat d'autant que des difficultés sont à anticiper lors du démarrage de la mutuelle dans cet hôpital.

1.1.4. Le Centre de Santé de Bikop

Le centre de santé de Bikop est la formation sanitaire présentant le plus haut niveau d'engagement possible avec la mutuelle de santé.

Comme les autres formations sanitaires, la congrégation des Sœurs a approuvé les mesures suivantes :

- principe de la facturation au forfait,
- implication du personnel d'accueil pour faciliter la prise en charge des patients mutualistes et l'information des non mutualistes.

La délégation de la gestion des fonds de la mutuelle au centre de santé est également approuvée et possible compte tenu de l'implication de la congrégation et de son image dans la communauté.

Le transfert de la gestion des risques de la mutuelle au centre de santé n'est pas exclu, mais la congrégation souhaite d'abord expérimenter ce premier niveau de partenariat.

1.1.5. Conclusion

Les responsables des formations sanitaires catholiques souhaitent manifestement s'impliquer dans le projet. L'intérêt, tant pour les populations que pour la formation, est bien identifié.

Leurs limites et/ou leurs réticences à s'investir plus en avant se situent :

- dans la faiblesse des capacités gestionnaires (et donc :)
- dans des craintes suscitées par la nouveauté d'un système non encore connu : peur de ne pas avoir les compétences pour faire face, crainte d'une surcharge de travail, incertitudes quant à la pérennité de l'équipe gestionnaire en place, ...,
- et, dans une moindre mesure, doutes sur l'intégration des principes mutualistes par la population.

Les mesures les mieux acceptées par les prestataires sont l'application du paiement au forfait et le rôle d'information sur les mutuelles auprès des mutualistes et non mutualistes.

Les réductions tarifaires ne sont pas exclues, mais envisageables après au moins une première année d'exercice de la mutuelle. En revanche, les rôles de négociateur auprès des autres prestataires de soins et celui d'assureur n'ont pas été souhaités par les responsables.

2. Les enseignements tirés pour la formulation du programme

L'accord des FSC sur l'application de forfait rend la conception de produits avec franchise possible, ce qui est un atout non négligeable pour les mutuelles de santé à promouvoir.

Cependant, les limites identifiées doivent être prises en compte dans la formulation du programme.

Pour que ce partenariat soit durable, il convient d'anticiper des difficultés prévisibles liées à l'introduction du tiers payant avec forfait et franchise que pourraient rencontrer les personnels soignants et les gestionnaires.

Un volet d'accompagnement spécifique est à prévoir. Il devrait inclure des activités portant sur l'amélioration du système d'informations des FSC et sur les moyens de réduire les coûts des prestations, dans le respect de la viabilité financière des FSC. Elles seront développées dans la partie suivante.

Cinquième partie : L'établissement d'un partenariat durable entre les FSC et les mutuelles de santé

Sous l'impulsion du Ministère de la Santé, les mutuelles de santé commencent à être connues dans le pays. En l'absence de mécanisme de régulation et en raison de la volonté du Ministère de la Santé d'obtenir rapidement des résultats quantitatifs significatifs, on assiste à une prolifération d'initiatives, qu'elles soient individuelles ou menées dans le cadre de projets. Après s'être tournées dans un premier temps et en priorité vers le secteur public, ces mutuelles se rapprochent des FSC pour leur demander de signer des contrats instaurant le tiers payant.

Certaines FSC ont accepté de le faire, d'autres sont plus réticentes, attendant des directives de la Coordination de l'OCASC.

Enfin, il existe une demande explicite du Conseiller Technique du Ministère de la Santé pour que les FSC acceptent de contractualiser avec les mutuelles.

Pour les mutuelles, la disponibilité des médicaments et du personnel dans les FSC est un atout non négligeable, même si le prix des prestations leur pose parfois des problèmes de viabilité.

Cette partie discute de l'opportunité, des avantages, des risques de la collaboration des FSC avec les mutuelles de santé.

Les conditions d'un partenariat durable sont décrites.

A. Opportunité de la collaboration

Les responsables des FSC ont comme volonté commune de vouloir délivrer des soins de qualité sans exclure les patients dépourvus de moyens financiers. Bien que les mutuelles ne s'adressent pas aux indigents, elles contribuent cependant à favoriser l'accès aux soins offerts par les FSC.

Les FSC sont sollicitées par les mutuelles. Un refus de leur part aurait une incidence sur leur image de marque. Soumises à une concurrence de plus en plus forte, elles ont un intérêt économique à contractualiser avec les mutuelles, même si celles-ci ne regroupent pour l'instant qu'une petite partie de la clientèle.

Les membres de l'OCASC représentant un acteur majeur de la distribution des soins, ils ne peuvent se positionner en dehors de la Politique de Santé qui intègre le développement des mutuelles comme une composante de la Politique de Santé du Gouvernement Camerounais.

B. Les avantages

L'établissement d'un partenariat bien défini avec les mutuelles peut servir les intérêts des FSC.

L'instauration du tiers payant réduira les impayés qui représentent un manque à gagner variable selon les FSC. Mais surtout, elle diminuera la gestion très fréquente et délicate des cas de malades se présentant sans moyens suffisants pour se faire soigner correctement. En permettant aux mutualistes de suivre un traitement complet, les mutuelles amélioreront indirectement la qualité des soins consommés par les malades assurés.

En ayant un effet sur la réduction des exclusions, les mutuelles sont susceptibles d'augmenter les ressources propres des FSC.

C. Les inconvénients

La surcharge des tâches administratives est le premier inconvénient qui peut être majoré si une trop grande diversité existe dans les modes de calculs des prestations ou de facturation entre les mutuelles.

Il n'en demeure pas moins que chaque prestataire devra procéder au minimum à la tenue d'un registre, à l'émission des factures, et au contrôle des droits des mutualistes.

La gestion des relations administratives avec les mutualistes qui manquent d'informations peut s'avérer difficile. Mais, là aussi, des solutions qui ont fait leur preuve, comme la nomination d'un référent au sein de l'établissement, existent et feront partie des mesures proposées.

D. Les risques

Le fait de donner des avantages à une mutuelle, qui n'aurait pas été créée pour servir la population, est le premier risque qui ressort des entretiens avec les responsables des FSC.

Celui de ne pas être payé par la mutuelle vient en second.

Une bonne information et une caution morale sont deux mesures nécessaires pour faciliter le partenariat avec les mutuelles.

D'autres risques existent qu'il conviendra de limiter par une bonne préparation et formation du personnel administratif et soignant :

- Le risque d'une détérioration des relations avec le patient mutualiste : la franchise peut induire chez les assurés une demande abusive de soins qu'il conviendra de gérer. En cas de pratiques parallèles préexistantes (Mbalmayo), des tensions sont à prévoir entre les malades mutualistes et les personnels indécis.
- Le risque d'une perte de recettes avec l'instauration d'une facturation forfaitaire : si le forfait n'est pas correctement positionné, ce risque existe. Une assurance forfait a été identifiée comme un moyen pertinent pour limiter ce risque et éviter que les FSC ne majorent trop leurs tarifs pour s'en prémunir.

E. Les freins à l'instauration du partenariat

Le manque de confiance des responsables dans les mutuelles ou dans leurs responsables a déjà été signalé comme un frein possible à la contractualisation avec les mutuelles.

D'autres facteurs plus techniques peuvent rendre difficile l'instauration du partenariat :

- Le manque de compétences en gestion pour le suivi comptable et financier des paiements. Ce déficit a été relevé dans trois FSC sur quatre, la quatrième, l'Hôpital Saint Luc, bénéficiant d'un appui en gestion d'un expatrié. Il ne facilite pas les négociations sur les tarifs des forfaits.
- L'incomplétude du système d'information sur les consommations des malades. Elle peut nuire au suivi des consommations des mutualistes et au positionnement du forfait.

En revanche, la non compréhension de la logique du forfait qui est habituellement un frein majeur dans la plupart des FS Publiques ne parait pas être insurmontable. Les Responsables des FSC ont déjà eu une formation sur les différents modes de tarification dont la tarification forfaitaire, et « la peur de perdre » sur la facturation d'un malade n'est pas aussi prégnante que dans d'autres types de FS.

F. Les mesures identifiées pour le renforcement du partenariat

Pour promouvoir un partenariat réussi avec les mutuelles, les mesures d'accompagnement suivantes ont été identifiées :

1. L'harmonisation des modes de facturation entre les mutuelles

Les mutuelles qui seront appuyées par le projet se regrouperont en réseau et adopteront le même mode de facturation. Une harmonisation des modes de facturation sera recherchée avec les mutuelles appuyées par le SAILD et qui ont toutes adopté les mêmes outils de gestion.

2. Le renforcement des capacités gestionnaires des prestataires

Il existe un besoin évident qui dépasse le mandat de l'étude et du projet envisagé, centré sur les mutuelles. Pour autant, il sera utile de prévoir un appui conseil en gestion aux formations sanitaires engagées dans un processus de contractualisation, si celle-ci prévoit une facturation forfaitaire.

3. La mise en place de « structures de dialogue » entre les mutuelles de santé et les FSC

Pour résoudre rapidement les difficultés temporaires qui apparaîtront avec l'instauration du tiers payant, il sera utile de proposer des procédures de concertation et de dialogue entre les responsables des mutuelles et des FSC afin de permettre un règlement rapide des litiges.

4. La mise à disposition d'un fonds d'assurance forfait

Le principe du fonds d'assurance est de prendre en charge d'éventuelles pertes qu'une FSC aurait subies avec la facturation forfaitaire des prestations.

Le but de cette mesure est de donner une sécurité aux FSC et d'éviter que celles-ci ne surévaluent leurs forfaits par manque de connaissance de leur coût réel. Le mécanisme proposé est d'assurer le FSC sur un seuil cumulé de pertes liées à la facturation forfaitaires aux mutuelles de santé que celles-ci soient ou non appuyées par le projet. Ce mécanisme sera détaillé dans le document de projet.

Sixième partie : Le dispositif d'appui financier pour le renforcement des mutuelles

Les mécanismes d'appui financier poursuivent comme objectif commun de réduire le montant initial que devront payer les mutualistes en phase de démarrage des mutuelles. Trois ont été identifiés :

- le subventionnement initial de la cotisation des produits grands publics,
- la réassurance type excédent consolidé,
- la réassurance type excès de perte par risque.

A. Le subventionnement initial des produits grand public

1. Définition

Le subventionnement des cotisations correspond à une allocation calculée en pourcentage du montant du prix prévisionnel de la cotisation et versé automatiquement à la mutuelle au prorata des cotisations encaissées. La subvention accordée peut couvrir des prestations maladies et des charges de gestion.

2. Objectifs

L'objectif du subventionnement initial est de faire adhérer un nombre significatif de ménage à revenus modestes.

La subvention initiale permet de ne pas majorer le prix de la cotisation prévisionnelle et de l'ajuster progressivement à son coût réel constaté.

Il rend possible l'apprentissage de la consommation des produits qui va augmenter leur attractivité, et donc la propension à payer. Il s'inscrit dans une stratégie de viabilité financière à moyen terme reposant sur la fidélisation d'un nombre significatif d'assurés.

3. Modalités

Seuls les produits destinés au grand public sont initialement subventionnés.

Une estimation du coût des produits est réalisée en retenant comme base de calcul les consommations prévisionnelles estimées, sans marge de sécurité. Le taux de subventionnement est défini pour être absorbé sur une période de 6 ans sans entraîner une augmentation dissuasive de la cotisation.

Exemple :

Les simulations effectuées indiquent qu'une subvention de 33 % d'un produit à 3 000 FCFA peut être absorbée en 6 ans (sans augmentation en année 2) sans entraîner une augmentation de la cotisation supérieure à 11 %, en intégrant une progression de 2 % du prix de la cotisation hors subvention.

Tableau 23 : Estimation du coût du subventionnement initial des mutuelles

Coût du subventionnement	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Taux d'inflation des prix		2%	2%	2%	2%	2%
Coût cotisation	3000	3 060	3 121	3 184	3 247	3 312
Subvention/personne/an	1000	1000	840	650	430	200
Cotisation moyenne	2000	2 060	2 281	2 534	2 817	3 112
Variation annuelle de la cotisation		3,0%	10,7%	11,1%	11,2%	10,5%

Le subventionnement est négocié avec les mutuelles sur une période initiale de 3 ans reconductible. Les montants sont annoncés et plafonnés. Ils sont éventuellement revus à la baisse chaque année en fonction des consommations constatées.

4. Coût

Il varie en fonction du taux de réduction annuel de la subvention.

Dans l'exemple figurant dans le tableau précédant, le coût annuel moyen par assuré dès la première année du projet sur une période de 6 ans, est de 412 FCFA.

Si le mécanisme démontre sa viabilité, il peut être étendu à d'autres mutuelles à un coût acceptable.

B. La réassurance type contrat à excédent consolidé

1. Définition

En phase de lancement, le coût des produits est fixé en l'absence d'historique de consommation des futurs mutualistes. Pendant au moins deux exercices pleins, il existe une grande marge d'incertitude sur leur prix réel. Cette marge d'incertitude diminue avec le nombre d'exercices achevés.

Des choix stratégiques sont donc à faire lors du positionnement initial de la cotisation. Ils portent en particulier sur la marge d'incertitude à intégrer dans l'estimation des consommations prévisionnelles et dans le prix des produits. En l'absence de réserves initiales suffisantes, et pour être sûre de faire face à ses engagements, la mutuelle peut décider (et/ou l'opérateur peut conseiller) de majorer la prime prévisionnelle du produit. Cette majoration peut aller jusqu'à 20 ou 30 %.

Si les consommations sont conformes à la prime prévisionnelle, la mutuelle dégage des réserves. Si elles ne le sont pas, la mutuelle peut utiliser sa marge de sécurité.

Cette sécurité à un coût qui se répercute sur le prix du produit, le rendant moins attractif.

Le mécanisme de la réassurance à excédent consolidé intervient si les pertes du budget prestations maladie de la mutuelle dépassent un montant fixé dans le contrat.

La mutuelle peut ainsi positionner le prix de la cotisation sans majoration, soit à un niveau de 20 à 30 % inférieur à celui qu'elle aurait du appliquer en l'absence de réassurance.

En cas d'intervention de la réassurance, une analyse est faite des causes du dépassement. Le relèvement de la cotisation peut être une condition pour le

renouvellement du contrat. Si la mutuelle propose plusieurs produits, un produit ou l'ensemble des produits peuvent être réassurés.

La réassurance n'intervient a posteriori et uniquement en cas de dépassement des consommations prévisionnelles. En cela elle diffère du subventionnement.

2. Objectifs

Ce type de contrat n'a pas pour objectif de couvrir des déficits liés à un mauvais contrôle des consommations, ni à un positionnement non maîtrisé du prix des produits.

La réassurance de nouveaux produits a pour objectif de permettre aux mutuelles de se développer plus rapidement en diversifiant leur garantie ou en acceptant des risques plus importants que leur situation financière ne leur permettrait.

Ce type de contrat diminue également le niveau de réserves que les mutuelles devraient provisionner.

Elle est opportune dans trois situations :

- La réassurance des produits grand public : pour une gestion rigoureuse des mutuelles, le niveau de subvention de ces produits est plafonné. La réassurance n'interviendrait uniquement au cas où les consommations prévisionnelles auraient dépassées un seuil fixé par contrat.
- La réassurance des nouveaux produits que les mutuelles existantes souhaiteront proposer à leurs membres : en raison de leur petite taille relevée au cours de l'étude, les mutuelles qui le souhaiteront devraient pouvoir avoir recours à ce mécanisme de réassurance sous réserve de pouvoir satisfaire les conditions d'éligibilité à la réassurance : rigueur et transparence dans l'information et la gestion.
- Réassurance de nouvelles mutuelles promues par d'autres opérateurs : la création de mutuelles par d'autres opérateurs y compris dans les diocèses d'intervention du projet est possible. Il existe une opportunité pour le projet de leur proposer de se réassurer afin de proposer des produits plus attractifs à moindre coût.

3. Modalités d'intervention

Ce type de réassurance ne doit être proposé qu'après une estimation précise du coût des risques supportés par les mutuelles et après analyse de la contrôlabilité des produits qu'elles gèrent. Avant de décider de réassurer ou non une mutuelle, le fonds de réassurance doit effectuer un diagnostic approfondi des mutuelles et des prestataires avec qui elles se sont conventionnées. Un contrat doit être passé avec la mutuelle correspondant à un exercice plein. Il peut être ou non renouvelé.

4. Coût et modalités de financement

Le coût de cette forme de réassurance ne peut être connu avec précision qu'après plusieurs années. Les mutuelles devraient contribuer au financement de ce service. Mais elles n'auront pas la possibilité de le financer à son coût réel. Cette contribution devrait s'exprimer dans un premier temps en pourcentage des cotisations qu'elles auront collectées. C'est pourquoi ce fond de réassurance devrait être alimenté par le projet au cours de cette phase. Le coût maximum de ce type de réassurance peut être estimé à 20 % du montant total des cotisations perçues pour les produits réassurés.

5 Modalités de financement

Les mutuelles seraient invitées à payer une prime de réassurance au prix de la réassurance estimée.

Compte tenu de la taille insuffisante de la population d'assurés par les mutuelles des zones d'intervention prévues, le projet devrait contribuer à la dotation du fonds de réassurance ou interviendra en réassureur de second degré.

C. La réassurance type excès de perte par risque

1. Définition

Ce contrat permet aux mutuelles de plafonner les pertes qu'elles supportent pour un risque donné. Il se définit en fonction de chaque risque. Dans le cas des mutuelles de santé, le risque correspond à un montant à payer pour une prise en charge trop élevée.

Pour se mettre à l'abri de pertes excessives, la mutuelle négocie avec la réassurance un seuil d'intervention par sinistre (ici les interventions chirurgicales, les hospitalisations). Elle verse au fond un montant de cotisation correspondant au coût des prestations réassurées.

Dans les contrats type « excès de perte par risque », le fonds de réassurance ne signe pas un « chèque en blanc » à la mutuelle. Il va chercher à maîtriser le risque qu'il supporte. Dans le cadre de la santé, le réassureur peut plafonner son intervention.

La réassurance type « excès de perte par risque » est la plus adaptée aux mutuelles de petite taille couvrant des prestations d'un montant potentiellement élevé, telles que les interventions chirurgicales et, dans une moindre mesure les hospitalisations, avec un ticket modérateur et sans forfait. L'étude a montré que le montant unitaire d'une prise en charge pouvait atteindre des montants très élevés dans certains hôpitaux (voir encadré).

2. Objectifs

Ce mécanisme de consolidation financière a comme objectif d'améliorer l'attractivité des produits avec ticket modérateur proposés par les mutuelles existantes.

L'opportunité de réassurer ces mutuelles de petite taille qui prennent en charge des risques lourds est forte.

L'étude des mutuelles existantes montre qu'en phase de lancement, celles-ci ne couvrent que les consultations ambulatoires et/ou plafonnent leurs prises en charge pour les hospitalisations et les interventions chirurgicales. Dans les deux cas ces mesures diminuent l'attractivité des services proposés.

La réassurance leur permettrait d'offrir à leurs membres dès leur démarrage, des produits avec une plus large couverture. Elle pourrait également éviter aux mutuelles qui couvrent le gros risque de plafonner leur prise en charge.

L'étude réalisée à l'hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang a montré un prix maximum pour une intervention chirurgicale de 551 185 FCFA.

La fréquence des interventions chirurgicales a été estimée à moins de un cas sur cent par personne et par an (maximum 0,5 %).

Certes, la mutuelle n'est pas sûre d'avoir à supporter une intervention chirurgicale, en particulier d'un montant aussi élevé. Mais elle est exposée à ce risque. S'il se réalise, l'équilibre financier de la mutuelle peut être mis en péril.

Pour se prémunir, les petites mutuelles plafonnent le montant de leur prise en charge, le mutualiste peut avoir à payer des sommes importantes si la facture du prestataire est élevée.

L'étude a aussi mis en évidence que le plafonnement n'était pas favorable aux mutualistes. Ainsi, si la mutuelle fixe à 100 000 FCFA le plafond de remboursement, un malade ayant subi une intervention chirurgicale sur dix aurait à compléter de sa poche en moyenne 50 000 FCFA au dessus du plafond fixé par la mutuelle.

2. Modalités de gestion

Ce fonds devrait être ouvert aux mutuelles du projet et aux autres mutuelles qui le souhaiteront et les modalités de suivi et de contrôle des risques auront démontré leur efficacité.

Le projet apporterait aux mutuelles intéressées une assistance technique pour améliorer leurs systèmes d'information et, si besoin, les garanties qu'elles proposent.

3. Coût et modalités de financement

Le coût de la réassurance serait calculé suite à une étude technique préalable. Il varie évidemment en fonction du seuil de réassurance souhaité par la mutuelle.

Ce mécanisme de réassurance doit se financer avec les cotisations des bénéficiaires. Les mutuelles seraient invitées à payer une prime de réassurance à son prix estimé.

Cependant, compte tenu de la taille insuffisante de la population d'assurés par les mutuelles des zones d'intervention prévues, le projet devrait contribuer à la dotation du fonds de réassurance ou interviendra en réassureur de second degré.

Tableau 24 : Les mécanismes de consolidation financière des mutuelles

Destinataires	Objectifs	Mécanisme	Produits	Coût estimé	Financement
---------------	-----------	-----------	----------	-------------	-------------

			considérés		
Mutuelles sociales appuyées par le projet	Obtenir des taux de pénétration élevés en phase initiale. Accompagner l'apprentissage de la consommation	Subventionnement dégressif sur une période de 10 ans du produit grand public uniquement	Produit grand public	290 FCA par assuré et par an	Projet
Mutuelles existantes	Améliorer l'attractivité des produits. Consolidation financière	Réassurance type « Excès de perte par risque »	Produits avec tiers payant sans forfait	150 FCA par assuré et par an	Cotisation des mutuelles
Mutuelles sociales et mutuelles existantes	Ajuster le prix de la cotisation à son coût réel estimé à terme. Réduire l'anti sélection initiale	Réassurance subventionnée	Produit grand public	450 FCA	Projet

Septième partie : Les termes de la viabilité financière des mutuelles

Les termes de la viabilité des mutuelles doivent être analysés à deux niveaux :

1. Au niveau des mutuelles primaires gestionnaires du risque
2. Au niveau du service commun de gestion et de contrôle

A. La viabilité financière des mutuelles primaires

La sinistralité des mutuelles devra rester en dessous du seuil de 70 %.

Elles devront trouver leur équilibre en affectant 15 % des cotisations perçues au financement des charges directes de fonctionnement.

En tablant sur une cotisation moyenne de 3 000 FCFA par bénéficiaire, et une taille moyenne minimum de 1000 bénéficiaires, chaque mutuelle pourrait allouer 450 000 FCFA à la prise en charge des charges de gestion.

Ce niveau de contribution n'est pas compatible avec le recrutement d'un gestionnaire salarié. C'est pourquoi, le programme envisage la mise à disposition d'agents mutualistes financés par plusieurs mutuelles.

Le recrutement d'un gestionnaire mutualiste pourrait être envisagé à partir d'un effectif de 2 000 bénéficiaires cotisants.

La phase de test permettra de déterminer le mode de gestion le plus efficient entre un gestionnaire par mutuelle et un agent mutualiste pour plusieurs mutuelles.

B. La viabilité financière des structures faitières

La viabilité financière des mutuelles ne peut s'analyser indépendamment de leur viabilité technique. Les mutuelles seules ne sont pas techniquement viables. Elles doivent bénéficier d'un service spécialisé dans le suivi et le contrôle du risque.

Elles doivent également pouvoir s'organiser en réseaux afin de défendre leur intérêt, gouverner le service technique et se doter de structures de concertation.

Le financement de cette union sera possible assez rapidement grâce à un apport de 5 % des cotisations, car les coûts de fonctionnement sont peu élevés.

Le financement de ce service constitue l'enjeu principal de la viabilité financière des mutuelles et de leur réseau.

Il sera demandé à chaque mutuelle de consacrer 10% de leur cotisation au financement de ce service.

En première estimation, le coût de fonctionnement annuel du service (hors amortissement) est estimé à 25 millions de FCFA.

Sur ces bases le seuil d'équilibre du réseau de mutuelles a été estimé à 60 000 bénéficiaires cotisants.

**Tableau : 25 Détermination des coûts de fonctionnement
du service technique commun**

Coût du service technique	Coût unitaire	Nb d'unités	
Gestionnaire du risque	500 000	12	6 000 000
Médecin conseil 1/2 temps	250 000	12	3 000 000
Secrétaire saisie informatique	120 000	12	1 440 000
Maintenance informatique			500 000
Papèterie- reporting			1 000 000
PTT			900 000
Charges locatives	150 000	12	1 800 000
Transport			
Fonctionnement véhicule			3 000 000
Motos			800 000
Audits			1 000 000
Total 1			19 440 000
Amortissement			
Véhicules			3 000 000
Ordinateurs			375 000
Formation			2 000 000
Total 2			24 815 000

Tableau financement du service technique spécialisé

Seuil de Fincancement	
Contibution moyenne par assuré en FCFA	3 212
Taux d'affectation au ST	10%
Contribution par assuré en FCFA	321
Seuil d'équilibre 1 sans amortissement en effectifs de cotisants annuels	60 525
Seuil 2 avec amortissement	77 260

Conclusion

L'étude a confirmé que les FSC membres de l'OCASC disposaient d'atouts non négligeables pour favoriser le développement de mutuelles de santé voulu par le Ministère de la Santé au Cameroun.

Elle a également souligné leurs limites et les freins possibles, et identifié des mesures d'accompagnement.

Du côté de la population cible, la culture et le dynamisme associatif sont ressortis comme des atouts forts pour construire un mouvement mutualiste solide. Cependant, le pouvoir d'achat relativement faible et instable des populations ciblées par le programme, la nouveauté du concept de la micro-assurance maladie, même gérée selon les principes mutualistes, sont des contraintes à prendre en compte. Elles conduisent à recommander la mise en œuvre d'une démarche progressive.

Ce constat effectué, tant auprès des FSC que des populations, conduit à recommander une démarche de promotion qui doit résolument s'inscrire dans la durée, en développant une démarche contractuelle basée sur le respect des engagements pris.

Ces conclusions ont été partagées avec les responsables opérationnels de l'OCASC d'une part et les membres de la plate forme des opérateurs.

Restitution aux membres de l'OCASC

Les principaux constats faits durant l'étude ont été restitués lors du réunion du CORECO, comité qui regroupe l'ensemble des coordinateurs diocésains de la santé.

Il s'agissait pour beaucoup d'entre eux d'une première prise de connaissance du thème des mutuelles de santé.

Malgré la nouveauté et la méconnaissance de ce type d'organisations, les responsables de l'OCASC (Coordination et CORECO) se sont montrés favorables pour s'impliquer dans la durée à la promotion des mutuelles.

Pour autant, la plupart ont mis en avant l'utilité d'une première phase a réalisé à échelle réduite pour vérifier la propension des populations à opter pour ce mode financement de leur soins de santé.

Restitution à la plateforme des opérateurs

La restitution faite à la plateforme des promoteurs a soulevé beaucoup de questions en raisons des nouvelles composantes de l'approche proposée par rapport à celles actuellement mises en œuvre.

Les participants ont insisté sur le manque de moyens prévus pour le suivi des mutuelles pour expliquer les faibles résultats obtenus à ce jour.

Les questions ont principalement porté sur l'acceptabilité du principe de la franchise dont le montant est apparu élevé dans certaines hypothèses émises.

La réunion a également mis en évidence une forte demande pour étendre le projet aux services publics. Celle-ci a été prise en compte dans la formulation du projet.

Présentation de l'OCASC

Source : OCASC Rapport 2004

Objectifs de l'OCASC

Né en 1968 d'un besoin de coordination des formations sanitaires créées par les différentes missions catholiques au Cameroun, l'OCASC constitue l'organe exécutif de la Conférence Episcopale Nationale du Cameroun pour la Santé.

Sa mission est de contribuer à assurer la promotion de la santé des populations et soutenir les communautés, principalement les plus défavorisées, pour l'amélioration de la qualité de vie.

Rôle de l'OCASC

- Coordonner les activités des formations sanitaires de l'Eglise catholique.
- Assurer la qualité des soins, y compris l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux essentiels et réactifs de laboratoire.
- Susciter une réflexion professionnelle en vue d'une formation de base et continue du personnel de santé catholique, et apporter un appui pour assurer cette formation à tous les niveaux.
- Promouvoir l'esprit de responsabilité auprès des communautés locales pour la prise en charge de leur propre santé, à travers des activités d'ordre sanitaire, économique et social.
- Agir comme porte parole des formations sanitaires catholiques avec mandat de la CENC auprès des pouvoirs publics et autres partenaires.
- Assurer les relations de collaboration avec les différentes structures gouvernementales et les organisations non gouvernementales.
- Promouvoir la collaboration intersectorielle à tous les niveaux, ainsi que la collaboration entre/avec les autres services de la CENC.

Principes d'action : la Charte des 7 C

1. Concertation et décisions participatives prises en équipe.
2. Collaboration et dialogue avec le secteur public.
3. Compétences et formation continue du personnel, tant au niveau technique que éthique.
4. Continuité et préférence d'action à long terme même sans effets visibles et immédiats.
5. Courage pour faire des choix clairs en faveur de l'Homme et son épanouissement.
6. Créativité devant les défis de la société d'aujourd'hui, tels que l'accompagnement des malades y compris les sidéens.
7. Cohérence entre paroles et actes pour transformer les effets négatifs en aspects positifs et pour une plus grande solidarité et justice sociale.

Organisation de l'institution

Les organes des l'OCASC sont les suivants :

Le Conseil de coordination : organe central de l'OCASC pour la consultation et la délibération, il est composé des 3 membres du bureau national, des 22 coordinateurs diocésains de la santé et des 2 responsables des écoles d'infirmiers

Le Bureau National formé de :

- La Direction avec un Coordinateur National ;
- La Comptabilité/Gestion avec un gestionnaire comptable ;
- L'Unité Médicaments, avec un pharmacien ;
- L'Unité Education à la Vie et à l'Amour (EVA) ;
- L'Unité Planning Familial Naturel (PFN) ;
- Le Secrétariat ;
- Le Groupe de Travail.

Les Bureaux Diocésains de la Santé, à raison d'un bureau permanent par diocèse, animé par un coordinateur diocésain de la santé, nommé par l'Evêque.

Les formations sanitaires : 230 réparties dans 5 provinces ecclésiastiques (Bamenda, Bertoua, Douala, Garoua, Yaoundé) et 23 diocèses. Les activités sont menées par près de 1900 personnels (1865 en 2002), dont 10% d'expatriés.

Les Etablissements de formation : 1 école anglophone à Shisong (Nord-Ouest) et une école francophone à Yaoundé (Centre).

Volumes d'activités en 2004

Les 230 formations sanitaires catholiques, lesquelles représentent 8,8% de l'offre de soins, ont réalisé en 2004 les volumes d'activités suivants :

Prestations	Nombre de cas
Consultation	1 452 509
Hospitalisation	69 775
Chirurgie	20 936
Accouchement	34 482
CPN	174 680
Vaccination	251 886

Répartition géographique des Hôpitaux Catholiques

Hôpital	Province	Département	Province ecclésiastique	Diocèse	Statut HD	Rural ou Urbain
----------------	-----------------	--------------------	--------------------------------	----------------	------------------	------------------------

HC de Dschang	Ouest	Menoua	Douala	Bafoussam	Non	U
HC Deo Gracias	Centre	Mfoundi	Yaoundé	Yaoundé		U
CASS	Centre	CASS	Yaoundé	Yaoundé	Non	U
HC de Shisong	Nord-Ouest	Bui	Bamenda	Bamenda	Oui	R
HC de Njinikom	Extrême Nord	Boyo	Bamenda	Bamenda	Non	R
HC Fontem	Nord Ouest	Fako	Bamenda	Mamfé	Non	R
HC Hopital St Luc	Centre	Nyong So'o	Yaoundé	Mbal Mayo	Non	U
Bonabéri	Littoral	Wouri	Douala	Douala	Non	U
HC Pouma	Centre	Sanaga Maritime	Douala	Edéa	Non	R
HC Tokombéré	Littoral	Mayo Sava	Garoua	Maroua	Oui	R
HC Djamboutou	Nord	Bénoué	Garoua	Garoua	Non	R
HC Nguti St John of God	Sud-Ouest	Kupe Maneng.	Bamenda	Mamfé	Non	R
HC Logbikoy	Littoral	Sanaga Maritime	Douala	Edéa	Non	R
HC Salapoumbé	Est	Boumba Ngoko	Bertoua	Yokadouma	Non	R

Annexe 3

