



Association internationale de la sécurité sociale

Colloque des directeurs d'institutions de sécurité sociale des pays francophones d'Afrique

Limbé, Cameroun, 28-30 janvier 2004

L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes

Rapport du Cameroun

Honorée Epée Kotto
Inspecteur général des services
Caisse nationale de prévoyance sociale
Cameroun

ISSA/AFR/RM/CAMEROUN/04/2a

L'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes

Rapport du Cameroun

Honorée Epée Kotto
Inspecteur général des services
Caisse nationale de prévoyance sociale
Cameroun

Introduction

La grave crise économique qui a secoué le monde dans les années quatre-vingt-dix n'a pas épargné l'Afrique. Des mesures de relance économique mises en place par les institutions du Bretton Woods, sous la forme de plans d'ajustement structurel, ont soumis la plupart de nos économies à de profonds bouleversements. Il s'en est suivi la restructuration et la privatisation de certaines entreprises du secteur public, quand elles n'ont pas été mises tout simplement en liquidation.

Ces mesures d'ajustement structurel, souvent drastiques et inattendues, ont eu leur revers, ce fut le renforcement de la précarité des conditions de vie des populations et l'émergence d'un secteur informel de plus en plus présent dans les villes de nos différents pays respectifs et le Cameroun n'en a pas été épargné.

Le développement de l'inflation et le coût de plus en plus élevé des soins de santé, la fragilité des emplois, la réapparition de certaines maladies (tuberculose, paludisme, maladies cardiovasculaires, etc.) et l'avancée de la pandémie du VIH/SIDA, ont aggravé, davantage, la situation au point que la couverture sociale des couches les plus vulnérables de la population s'est imposée au Cameroun comme un moyen de lutte contre la pauvreté.

Le débat sur l'extension de la sécurité sociale apparaît, dès lors, comme une préoccupation majeure au Cameroun. Ce qui a amené le gouvernement de la République à envisager, dans son projet de réforme de la sécurité sociale, des études sur la prise en compte des secteurs informel et rural.

Le présent rapport se propose de donner une brève description du régime de sécurité sociale en place au Cameroun, d'en relever quelques inadéquations, de faire un constat rapide des formes actuelles de la prise en charge des soins médicaux avant de décrire les dispositifs envisagés et les prestations à servir.

Le système camerounais de protection sociale

Description

Le régime camerounais de protection sociale mis en place en 1956, actuellement géré par la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), s'adresse aux seuls travailleurs salariés relevant du Code du travail et aux membres de leurs familles. Il comporte trois branches qui servent des prestations diverses aux demandeurs qui remplissent les conditions pour en bénéficier: la branche des prestations familiales, la branche des pensions et la branche des risques professionnels.

Les prestations de ces branches sont complétées par celles de l'action sanitaire et sociale servies de façon gracieuse ou avec une participation symbolique des bénéficiaires.

Avant 1978, seuls les allocataires ou les membres de leurs familles avaient droit aux prestations de l'action sanitaire et sociale. Sous la pression de la demande, la Caisse a multiplié ses oeuvres sociales dès 1978 et élargi leur accès à toutes les couches sociales, sans distinction; mieux, elle a décidé d'accorder dans ses formations sanitaires des réductions substantielles en matière de soins médicaux aux assurés sociaux, ainsi qu'aux titulaires des pensions et des rentes.

Au début des années quatre-vingt, le gouvernement va instruire la Caisse d'entrevoir l'extension de la branche des prestations familiales aux agriculteurs organisés en coopératives.

L'étude menée révélera qu'il faudra trois fois le budget de la Caisse nationale de prévoyance sociale de l'époque, c'est-à-dire 60 milliards de francs CFA, pour y parvenir, qu'au surplus l'Office nationale de commercialisation des produits de base, qui avait la responsabilité d'organiser la mutualité dans le monde rural, ne pouvait garantir la disponibilité des fonds de démarrage du projet. Le projet n'a, par conséquent, pas pu aboutir.

Une deuxième tentative d'extension du champ d'application de la sécurité sociale aux travailleurs non salariés va apparaître dans les dispositions de la loi no 84/007, du 4 juillet 1984, modifiant certaines dispositions de la loi no 69LF18, du 10 novembre 1969, instituant un régime d'assurance pensions, vieillesse, invalidité et décès.

En effet, l'article 3 de cette loi va donner la possibilité à toute personne qui le désire de s'assurer dans son alinéa 1er afin de prétendre aux prestations de cette branche.

Il faut regretter que le décret d'application prévu à l'alinéa 2 du même article n'ait pas été pris à ce jour et que, de ce fait, la CNPS continue de ne servir de prestations qu'aux seuls travailleurs salariés ainsi qu'aux membres de leurs familles.

S'agissant du financement des branches gérées par la Caisse nationale de prévoyance sociale et de l'action sanitaire et sociale, il est assuré par:

- les cotisations des employeurs pour les branches des prestations familiales et des risques professionnels;

- les cotisations des employeurs et des travailleurs pour la branche des pensions;
- un prélèvement sur les cotisations des trois branches et les participations des usagers pour l'action sanitaire et sociale.

Les signes de l'inadaptation

L'inadaptation du système camerounais de protection sociale mise à nu et accentuée par la crise économique s'est traduite par:

- la stagnation du niveau des prestations servies qui n'ont pas été revalorisées pour tenir compte de la hausse du coût de la vie;
- la non-prise en charge de nouveaux risques dans les branches déjà couvertes;
- la non-extension des branches existantes à d'autres couches sociales, qui ont été obligées de développer la vie associative comme palliatif de ce vide;
- la limitation de la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs salariés qui représentent à peine 10 pour cent de la population, les populations exerçant dans le secteur informel, le secteur rural ou des professions libérales vivant encore dans l'exclusion;
- la centralisation de la gestion de la sécurité sociale par la Caisse nationale de prévoyance sociale.

Face à ce constat, l'Etat camerounais a décidé d'adapter son système de protection sociale aux besoins réels de sa population en passant par une réforme en profondeur. Dans le cadre de la stratégie de cette réforme, il a lancé une série d'études dont l'une porte sur les "méthodes d'extension de la sécurité sociale au secteur informel et autres couches de la population".

La problématique de cette extension réside dans le choix des risques, du mode de financement en fonction du niveau et de l'étendue des prestations, et des modalités d'extension.

Le choix de risques revêt une grande importance dans la mesure où leur diversité, associée au niveau et à l'étendue des prestations, influence directement l'équilibre financier de tout système de protection sociale.

La couverture des soins de santé est apparue dès lors comme la priorité des priorités. En s'inspirant des formes actuelles de la prise en charge des malades relevées sur le terrain, le projet de réforme envisage le développement d'un dispositif basé sur la création des mutuelles qui seront rendues progressivement obligatoires dans les secteurs moderne, rural et informel et qui seront adaptées aux solidarités réelles ainsi qu'aux capacités financières des populations.

Les formes actuelles de prise en charge des malades

Dans un premier temps, la santé publique a joué un rôle dominant dans le secteur au Cameroun. Cela n'est plus vrai aujourd'hui. Même si la tarification des services de santé, officielle ou parallèle, ne correspond pas aux coûts réels de revient, et s'il reste donc une

forme de subvention publique aux dépenses de santé, près des quatre cinquièmes des dépenses de santé sont actuellement assumées par les ménages.

On peut estimer que 4 à 5 pour cent seulement de la population camerounaise dispose, actuellement, d'une forme de protection contre le risque maladie. Il faut y ajouter un pourcentage difficile à chiffrer, mais de l'ordre de 15 pour cent, qui dispose d'une couverture très partielle du risque grâce aux caisses de secours mises en place dans le cadre des "associations" ou tontines traditionnelles.

La prise en charge du risque maladie dans l'économie moderne

Dans le secteur moderne de l'économie camerounaise, et particulièrement dans les filières agro-alimentaires et agro-industrielles, la protection maladie est encore assurée parfois dans le cadre d'un modèle ancien, inspiré de la médecine gratuite: l'infirmerie, le centre de santé ou le petit hôpital interne prend en charge à la fois la maladie et les accidents du travail:

- le service est de niveau très inégal;
- les coûts sont disparates, allant de moins de 20 000 à 800 000 francs CFA annuels par salarié;
- il existe des problèmes de gestion et d'adaptation à l'évolution de l'entreprise.

Ce modèle a été conçu à l'époque des grandes plantations et des grandes unités de production. Il correspondait aux caractéristiques de l'économie de l'époque:

- une obligation d'assistance de la part de l'employeur;
- un emploi relativement stable;
- des unités de production inscrites dans la durée;
- une médecine du travail devenant une médecine des travailleurs et de leurs familles.

Dans un souci d'ouverture vers l'extérieur, la protection des salariés basée sur la dispense de soins en interne évolue de plus en plus vers un système mutualiste, où la contribution et le contrôle sont partagés entre employés et employeurs. Le système est efficace, et permet une bonne maîtrise des coûts, malgré une certaine absence d'encadrement prudentiel.

Les limites dans la prise en charge des soins sont fixées en fonction des ressources disponibles (ticket modérateur et forfait par famille). Le système laisse, en général, une place pour l'assurance maladie privée pour l'encadrement, souvent à des prix très élevés, éventuellement aussi pour l'ensemble du personnel, parfois dans la limite des dépenses hospitalières.

Le respect des équilibres financiers impose une forte qualité de gestion et de réadaptation.

S'il assure un bon niveau de soins, le système présente deux limites majeures:

- il est difficilement transposable tel quel aux petites et moyennes entreprises;
- il est coûteux si on le rapporte aux salaires courants, même dans le secteur moderne (hors grandes entreprises à forte valeur ajoutée): le coût moyen de l'assurance maladie dans les meilleures entreprises du secteur formel représente, en effet, plus de 50 pour cent du salaire minimal interprofessionnel de croissance (SMIC) par adhérent.

Dans le cas où moins d'argent serait disponible, il devient impératif d'associer la couverture du risque maladie à une sélection de prestataires de soins disposés à "jouer le jeu":

- soins convenables pour un prix négocié;
- participation à la gestion de l'inévitable "rationnement" des soins;
- responsabilité partagée dans le contrôle avec l'employeur et la mutuelle des salariés.

Les assurances privées ont connu beaucoup d'échecs et montrent une rentabilité limitée. Les sociétés les plus sérieuses se sont, toutefois, montrées aptes à gérer un marché "de niche" (moins de 1 pour cent de la population), mais viable. Les assureurs camerounais qui se sont lancés dans l'assurance maladie ont acquis, aujourd'hui, un savoir-faire non négligeable en matière de connaissance du risque, de gestion et de contrôle. Dans le cadre d'une extension du modèle fondé sur l'assurance, ce savoir-faire pourrait être exploitable aussi bien pour la gestion du risque de deuxième intention qu'en termes d'assurance complémentaire pour certaines couches de la population soucieuses d'un niveau élevé de protection.

Malgré l'existence d'un texte législatif prévoyant la prise en charge de 60 pour cent des soins de santé¹, très imparfaitement appliqué, et malgré l'existence de quelques mutuelles de santé et de nombreux essais, le fonctionnaire camerounais n'est, en général, pas couvert pour ses dépenses de santé.

Cette lacune peut être une opportunité: organisés, présents partout sur le territoire, les fonctionnaires peuvent constituer un noyau stable pour l'amorce de nouvelles formes de solidarité.

La dépense totale assurée par les entreprises représenterait environ 8 pour cent des dépenses de santé du pays.

Même si les entreprises camerounaises (celles qui paient des impôts, cotisent à la CNPS, adhèrent au Groupement Inter-patronal du Cameroun (GICAM)) continuent d'assurer la couverture du risque maladie pour leurs salariés, au niveau du pays, la prise en charge du risque dans un cadre collectif ne progresse pas:

- le salariat classique recule;
- les entreprises se recentrent sur leur corps de métier;
- beaucoup d'entreprises ne déclarent qu'une partie de leurs salariés;
- la frontière entre formel et informel est de plus en plus difficile à définir.

Il y a, néanmoins, beaucoup à apprendre de l'expérience du secteur moderne en matière de santé:

- le fait de s'appuyer sur les centres de santé facilite le contrôle et la maîtrise du risque;
- un contrôle de proximité est nécessaire: plus la gestion est décentralisée, plus elle est efficace;
- la redistribution doit rester limitée: à égalité de prestations, égalité de contribution;
- des capacités de gestion importantes sont nécessaires;

¹ En cas de maladie ou d'accident non imputable au service, l'Etat participe à concurrence de 60 pour cent aux frais de soins médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle et d'appareillage, pour le fonctionnaire, son conjoint et ses enfants légitimes, reconnus ou adoptifs (30 pour cent en cas de soins auprès du secteur privé). Décret no 2000/692 PM du 13.09.2000, article 16.

- la prise en charge de la santé dans les formes classiques d'une assurance obligatoire sans limite de dépenses dépasse les capacités de la plupart des employeurs;
- il faut arbitrer entre "souhaitable" et "possible" seules les entreprises à forte valeur ajoutée peuvent couvrir tout le risque;
- le partage des rôles entre santé privée et santé publique n'est pas bien établi: les aspects curatifs priment sur la prévention.

Une obligation de couvrir le risque maladie pour toutes les entreprises de l'économie moderne peut et doit être envisagée, mais de façon adaptée et progressive. La couverture maladie dans le secteur formel, progressivement consolidée, peut constituer une amorce pour un cercle vertueux dans le secteur de la santé: mais il faut éviter les mesures trop générales, trop chères et inapplicables, et favoriser une gestion de proximité, responsable et adaptée.

L'assurance maladie dans le secteur informel et dans le monde rural

Dans le secteur informel et dans le monde rural, les expériences de mise en place de systèmes d'assurance destinés à couvrir le risque maladie se réduisent à quelques rares exemples de mutuelles, à la portée très limitée et à la durée de vie incertaine.

Les raisons le plus souvent évoquées pour cette rareté d'initiatives réussies sont l'hétérogénéité sociale et économique, le manque de confiance dans la gestion des fonds et dans la qualité et la durabilité du service fourni, la difficulté du contrôle en cas d'utilisation abusive, la difficulté dans les milieux pauvres de payer le minimum requis pour le fonctionnement d'une mutuelle, les mauvaises expériences et l'absence d'exemples réussis, l'absence de formations sanitaires assez efficaces pour pouvoir susciter des adhésions.

En revanche, l'investissement des "associations" dans des formes embryonnaires de couverture du risque maladie est croissant. Les résultats des investigations de terrain confirment ceux des enquêtes déjà effectuées et de l'étude sur le secteur informel. Alors que l'exclusion des ménages urbains de l'assurance maladie formelle est presque totale – les chefs de ménage comptent, essentiellement, soit sur eux-mêmes (48 pour cent des cas), soit sur le conjoint (38 pour cent des cas) – une contribution des associations à la prise en charge du risque maladie est constatée dans 14 pour cent des cas. L'exclusion des ménages en termes de santé implique le recours à des formes rénovées de la société traditionnelle.

En matière de couverture du risque maladie, la situation est très difficile pour plus de quatre cinquièmes des ménages camerounais:

- la charge des dépenses de santé est très lourde pour les ménages;
- l'argent n'est pas disponible quand il est nécessaire;
- l'argent est souvent mal dépensé;
- les solidarités naturelles fonctionnent, mais révèlent aussi leurs limites.

Une adaptation de la logique de solidarité des associations est, cependant, nécessaire:

- la maladie n'est pas un risque prévisible, elle n'intéresse pas les tontines qui préfèrent garantir les obsèques de leurs membres;
- au niveau d'un groupe, ce n'est pas non plus un risque exceptionnel;

- les montants versés aux caisses de secours sont insuffisants, même pour une couverture limitée;
- la taille du groupe est insuffisante pour répartir le risque des maladies graves;
- les capacités de gestion sont limitées;
- un appui externe est nécessaire pour assurer la viabilité et la pérennité des initiatives.

Des formules à portée plus limitée existent aussi.

Les formules d'épargne santé, par exemple, présentent des aspects intéressants:

- disponibilité de l'argent pour la santé au moment où il est nécessaire;
- garantie de soins à la famille lorsqu'on n'est pas présent;
- sécurisation du paiement des prestataires de soins;
- création de relations de confiance entre patients et soignants.

Ces formules connaissent, néanmoins, beaucoup de limites:

- l'avance de l'argent nécessaire pour les soins n'est pas toujours possible;
- il faut une grande confiance dans le centre de santé auquel on confie l'argent;
- l'épargne santé ne représente pas une véritable assurance.

L'économie informelle, le monde rural, explorent des pistes intéressantes:

- les modalités d'une solidarité entre gens avec un revenu et gens sans revenu;
- une participation dès que la maladie survient, même si sa portée est limitée;
- l'association étroite de prévention et soins, de santé publique et soins curatifs, de développement communautaire et d'initiatives visant à rendre solvables les différents membres.

Cependant, il y a peu d'expérience réussie, et aucune d'une taille suffisante pour influencer durablement l'offre de soins.

Différemment de ce qui se passe dans le secteur formel, il n'existe pas de modèle réussi dans l'informel. Mais la situation actuelle donne des clés pour une évolution positive. Il est nécessaire:

- de passer de la caisse de secours à la mutuelle, de la mutuelle à la fédération de mutuelles;
- d'inscrire dans un cadre territorial les initiatives issues des solidarités naturelles.

L'état du système sanitaire camerounais

L'insuffisance de l'offre de soins, en qualité et en quantité, constitue l'un des obstacles principaux à un développement de l'assurance. Par rapport aux normes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Cameroun dispose de dix fois moins de médecins, sept fois moins d'infirmiers.

Des différences sensibles dans la disponibilité de ressources, entre les différentes provinces du pays, entre les villes et les campagnes, entre Yaoundé et Douala, d'une part, le reste du pays, d'autre part, aggravent le problème.

La carte sanitaire, qui est, aujourd'hui, devenue un outil remarquable d'appréciation des équipements sanitaires, oppose les provinces du Nord et de l'Extrême Nord:

- moins de 1 lit pour 1 000 habitants;
- moins de 1 médecin pour 25 000;
- moins de 1 pharmacien pour 100 000;

à celles du Centre, du Sud et du Littoral:

- 1 lit pour moins de 300 habitants;
- 1 médecin pour moins de 10 000;
- 1 pharmacien pour moins de 30 000;

l'Adamoua, l'Est, le Nord-Ouest, le Sud-Ouest et l'Ouest, se situant dans une position intermédiaire.

La stratégie sectorielle de la santé a établi un bilan sans concession de l'état du système de santé:

- les gens dépensent beaucoup pour la santé sans avoir l'impression de bénéficier de soins d'une qualité adéquate;
- les bâtiments sont vétustes et le patrimoine sanitaire mal entretenu;
- le personnel de la santé est démotivé et détourne à son profit les structures sanitaires;
- les médicaments ne suivent pas les circuits réglementaires.

Du point de vue de l'assurance maladie, on peut rappeler, en particulier:

- la faible utilisation des structures sanitaires publiques;
- la gestion aléatoire du recouvrement des coûts;
- les déficits de régulation et de coordination;
- la place très importante de l'informel (prestations de soins, distribution de médicaments);
- l'absence de référence;
- les effets d'une certaine forme d'appropriation privée de l'administration par son personnel.

La majeure partie des personnes avoue ne pas consulter le médecin et recourir, parfois ou souvent, à un praticien traditionnel ou à l'automédication. Le recours aux pharmacies informelles s'est aussi généralisé, surtout depuis 1994. Dans beaucoup de cas, le recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle épuise les ressources avant d'arriver au centre de santé.

Hors des grandes villes, la demande de soins s'adresse surtout à l'informel, aux formations de soins privées sans but lucratif lorsqu'elles existent, aux centres de santé publics. En ville, l'offre de santé est structurée autour de réseaux relationnels informels et fluides. Toutes les structures sont orientées vers la recherche de fonds propres: les médecins exercent en plusieurs lieux à la fois, les tarifs sont mal connus, il est difficile de prévoir la quantité et la qualité des actes de soins, les tarifs effectifs sont souvent très différents des tarifs affichés.

Il y a convergence de deux ordres de facteurs pour expliquer la sous-utilisation des services et le maintien de comportements thérapeutiques privilégiant le repli sur l'automédication ou sur les solutions qu'offre le secteur informel ou traditionnel:

- d'une part, l'inaccessibilité et le manque d'argent,
- d'autre part, le mauvais accueil, la mauvaise qualité des services, l'absence d'équipements et de médicaments.

La possibilité pour les ménages de disposer de moyens devrait permettre de réduire ce phénomène paradoxal qu'est la sous-utilisation des structures de soins (hôpitaux ou centres de santé), dans un pays où les moyens pour la santé sont encore largement insuffisants, mais seulement à la condition que l'offre de ces structures de soins s'améliore.

La population accepte, aujourd'hui, le principe qu'il faut payer pour sa santé. Mais cette acceptation est assortie de trois conditions:

- conserver le contrôle sur les sommes qu'elle destine à la santé;
- obtenir des soins de qualité;
- obtenir un complément de ressources lorsqu'elles sont insuffisantes même pour les besoins essentiels.

La mise en place de dispositifs d'assurance maladie doit être conçue dans le cadre de la stratégie sectorielle de la santé et prendre en compte les projets et les échéances que cette stratégie définit. Cette mise en place peut être un élément décisif pour dégager des ressources et améliorer le fonctionnement des formations sanitaires.

Même si l'assurance maladie ne peut ni résoudre tous les problèmes ni garantir un accès véritablement équitable aux soins de santé, elle peut avoir un effet de levier essentiel pour l'amélioration de l'offre de santé et la propension à dépenser pour la santé dans les circuits formels. Elle peut donc permettre d'amorcer un "cercle vertueux" où l'amélioration de l'offre de soins favorise l'investissement des populations dans la santé, et les ressources ainsi dégagées rendent possible à leur tour une nouvelle amélioration des soins.

En sens inverse, l'existence d'une offre de soins de qualité, adaptée aux possibilités financières et aux attentes des cotisants, est une condition essentielle pour la réussite de toute forme d'assurance maladie. Les malades sont d'autant plus réticents à payer que leur attente à l'égard des soins à recevoir est faible, que les conditions physiques d'accès aux formations sont mauvaises, que les comportements des soignants sont dissuasifs.

Le développement d'un dispositif basé sur la création de mutuelles dans les secteurs moderne, rural et informel

Des mutuelles progressivement obligatoires et adaptées aux solidarités réelles et aux capacités financières des populations

Il s'agit de confier, localement (village, quartier, entreprise, etc.), la gestion directe de l'assurance maladie pour les soins courants à des mutuelles. Ces mutuelles seront à adhésion

obligatoire et couvriront un panier de soins plus large dans le secteur moderne; elles seront à adhésion volontaire et à vocation plus modeste dans les secteurs informel et rural. Mais, dans les deux cas, elles seront responsables de réaménager le tarif (cotisation et/ou couverture) en cas de dépassement des prévisions, dès que la réserve est inférieure à un seuil correspondant, par exemple, à six mois de dépenses constatées. Elles assumeront donc la tâche difficile de mettre en adéquation recettes et dépenses dans une situation où le besoin dépasse, en général, les capacités contributives.

A une échelle plus large, un groupe de mutuelles confierait le soin de gérer l'assurance hospitalière à une union territoriale de mutuelles, partie prenante d'une politique sanitaire décentralisée.

On a ainsi deux mécanismes de convergence, qui pourront aboutir à moyen terme à un système de protection plus général contre le risque maladie:

- un mécanisme favorisant l'évolution des solidarités actuelles à petite échelle vers des solidarités plus larges, professionnelles ou territoriales;
- un mécanisme de gestion de l'assurance hospitalière garantissant une répartition du risque sur une plus grande échelle et préparant les processus de gestion nécessaires à la mise en place d'une assurance maladie généralisée.

Le dispositif proposé permet la mise en place de réseaux, qui relieront de nombreuses petites unités afin d'en faire de plus vastes structures à même d'optimiser à la fois la fonction d'assurance (par une grande mise en commun des risques) et les structures de soutien nécessaires à une meilleure gestion (par la formation, les banques de données, le matériel de recherche, etc.) et surtout d'atteindre la taille permettant d'avoir un effet de levier sur l'offre de santé.

Les éléments fondamentaux de la démarche

Les éléments essentiels pour une approche plus systémique du problème de l'assurance maladie sont les suivants:

- la mise en réseau d'unités assurantielles de base, organisées en fonction des solidarités effectives tout autant du secteur moderne de l'économie que de l'informel et du monde rural;
- la création d'une mutuelle "territoriale" acceptant les cotisations individuelles et assurant la prise en charge des indigents;
- des centres de santé fonctionnels, fournissant l'ensemble des soins de premier niveau adaptés aux attentes des mutualistes;
- le conventionnement avec un hôpital pour le risque hospitalier.

La logique du système est de s'inscrire dans une logique ouverte: chaque mutuelle doit pouvoir passer une convention avec le centre de santé qui lui convient le mieux, pourvu qu'il respecte les clauses conventionnelles garantissant les tarifs et la qualité de soins.

Il est, d'ailleurs, concevable, à une échéance très rapprochée, que le remboursement se fasse auprès de l'ensemble des centres de santé conventionnés par les fédérations mutualistes, l'homologation de la mutuelle servant de garantie pour le paiement des prestations.

La coordination entre les mutuelles est assurée par:

La cellule d'appui technique créée au niveau de chaque territoire bien défini, son rôle est multiple:

- aide à la définition du règlement de chaque mutuelle et à la gestion;
- gestion des problèmes qui dépassent les capacités de chaque unité assurantielle de base;
- négociation avec les formations sanitaires;
- suivi du conventionnement et contrôle qualité des centres de santé;
- contribution à la recherche de solutions pour la prise en charge des pauvres;
- aide à la gestion des relations avec les structures communautaires de concertation;
- prise en compte des aspects d'IEC (information, éducation, communication), prévention, santé publique.

L'union territoriale des mutuelles:

- héberge une mutuelle "territoriale" acceptant les cotisations individuelles et assurant la prise en charge des indigents;
- assure la gestion de l'assurance hospitalière pour le compte de l'ensemble des unités assurantielles de base;
- gère l'adhésion de groupes trop petits ou fragiles pour constituer une unité assurantielle de premier niveau.

La nécessité de prévoir une mutuelle basée sur l'adhésion individuelle et non sur les solidarités sociales existantes tient au fait que tout le monde ne fait pas partie d'une association, et que l'exclusion de la vie associative frappe davantage les ménages pauvres que non pauvres. L'exclusion de pauvres des associations s'explique par le manque de moyens financiers. En effet, on observe qu'une des conditions majeures d'appartenance à une association est la participation au fonds de solidarité de celle-ci.

Lorsqu'un problème de santé survient dans les ménages pauvres, seul le chef paraît concerné, alors que pour les ménages non pauvres le support familial et les associations jouent un rôle majeur.

En définitive:

- les mutuelles adhèrent à un groupement de centres de santé pour les maladies courantes;
- chaque mutuelle fixe le paquet de soins assuré en fonction des priorités du groupe et de ses ressources;
- il existe la possibilité d'une adhésion individuelle au centre de santé sous forme d'épargne santé, utilisable également auprès de l'hôpital de référence;
- l'union territoriale gère l'assurance de deuxième niveau pour les dépenses hospitalières: cette assurance est limitée à un paquet de services, différencié selon les capacités contributives des membres de chaque mutuelle élémentaire, et négocié avec eux;
- le passage par un centre de santé conventionné conditionne l'accès aux ressources plus rares (hôpital, spécialistes).

Une participation forte des adhérents à la gestion du dispositif est indispensable. Elle permet:

- d'éviter la déresponsabilisation à l'égard des coûts de la médecine;
- de favoriser la volonté de payer;
- de favoriser l'équité;
- d'associer l'individu aux décisions et au financement des centres de santé;
- de convaincre que les recettes générées par l'assurance permettent d'améliorer significativement la qualité des soins.

La montée en charge du dispositif doit être progressive. Sa mise au point demande impérativement une phase d'expérimentation:

- pour réunir toutes les conditions de la réussite;
- pour roder les mécanismes de gestion;
- pour mettre au point les outils de communication et d'animation.

Les principales conditions de réussite sont les suivantes:

- la réhabilitation et le conventionnement d'un groupement de centres de santé et d'un hôpital de référence;
- la mobilisation des solidarités existantes;
- la décentralisation des décisions;
- un fort appui technique et gestionnaire.

Conclusion

Le projet d'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes au Cameroun associe l'amélioration de l'offre de soins et la logique d'assurance.

Il se base sur la mise en valeur des solidarités effectives relevées sur le terrain et intègre les conclusions de la stratégie sectorielle de santé élaborée par le gouvernement.

Il privilégie la prise en charge des pathologies prioritaires, commence par les groupes les plus capables de solidarité et est fonction du développement de l'offre de soins. C'est pourquoi, il évolue, en définitive, vers une prise en charge du risque hospitalier auquel les populations ne peuvent faire face avec leurs seules ressources et dont l'échelle de gestion et de contrôle dépasse l'horizon des solidarités locales.

Si le projet que nous venons de décliner constitue une avancée indéniable dans l'extension de la sécurité sociale aux populations non couvertes au Cameroun, il demeure, néanmoins, vrai qu'il n'a pas pris en compte les demandes insistantes de certaines professions libérales et indépendantes de voir s'étendre l'assurance de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès à toute personne qui le désire et qui accepte de supporter la charge totale de la cotisation y afférente. Il reste donc des poches de protection sociale non encore explorées.