

## **Les soins de santé dans le cadre de la protection sociale au Cameroun : une perspective d'extension**

**Louis Bernard TCHEKOUMI<sup>1</sup>**

*Faculté des Sciences Economiques et de Gestion Appliquée, Université de Douala  
Email : ltchekoumi@yahoo.fr*

**Résumé :** L'objet de ce travail est d'envisager l'avenir de la protection sociale de la santé au Cameroun. Les soins de santé, bien que de qualité améliorable sont difficiles d'accès. Par ailleurs, l'assurance maladie est presque inexistante au Cameroun. Toutes choses qui justifient la suggestion de l'extension de la protection sociale au volet santé à travers la création et la mise en pratique d'un fonds de santé destiné aux Camerounais qui seront exclus des régimes réformés de l'Etat et de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui existent déjà. Ainsi, le Cameroun pourra atteindre l'objectif de couverture nationale par la protection sociale de la santé.

**Mots Clés :** *Protection sociale - Assurance - Santé – Fonds- Extension*

**Classification J.E.L.:** *H55 – G22 – I11 – D18*

## **Health care within the framework of the social welfare in Cameroon: a prospect of extension**

**Abstract:** The object of this work is to promote the future of the social protection of health in Cameroon. Health care as it is offered is not of good quality and it is not easily accessible. In addition, there is no health in Cameroon. All things which justify the suggestion of the extension of the social protection to the shutter health through the creation and putting into practice of funds of health intended for the Cameroonians who will be excluded from the reformed modes of the State and of the National Social Insurance Fund (NSIF) which already exist. Thus, Cameroon will be able to achieve the goal of national cover by the social protection of health.

**Keywords:** *Social protection - Insurance - Health – Fund- Extension*

**J.E.L. Classification:** *H55 – G22 – I11 – D18*

---

<sup>1</sup> Nous remercions les membres du Groupe de Recherches en Economie et en Gestion (GREG) pour leurs remarques et commentaires. Toutefois, l'auteur reste entièrement responsable des erreurs et insuffisances qui peuvent subsister dans le texte.

## 1. Introduction

Un peu partout en Afrique, les années des indépendances ont été marquées par l'enthousiasme et de nouvelles initiatives en faveur du processus de protection sociale. Celle-ci est intervenue notamment au Cameroun après la phase de développement de la sécurité sociale des travailleurs qualifiés qui a caractérisé la période entre 1948-1956. Au cours de la première décennie des indépendances, la protection sociale était alors présentée comme une motivation à apporter aux travailleurs.

Les raisons de cet engouement pour la protection sociale sont très discutées dans la littérature. Ainsi, d'après Barr (2001), elle se justifie sur la base de critères économiques. Elle apparaît donc comme un instrument de stabilisation macroéconomique, générateur de richesses. Barr recense par exemple trois raisons à cela: la solvabilité d'activités riches en emploi, le mythe du lien direct entre capitalisation et croissance et le soutien de la demande en période de ralentissement économique. Romer (1990) et Lucas (1988) montrent que les prélèvements sociaux et l'aide sociale correspondent à un investissement dans le capital humain et le capital social dont tous les ménages et toutes les entreprises profitent ; ce qui nécessite d'activer les dépenses sociales. Car en même temps, elle apparaît comme une réponse au dilemme des générations<sup>2</sup> (Masson, 1998).

Si le problème du poids des prélèvements liés au fonctionnement de la protection sociale et des effets pervers de ces prestations est régulièrement pointé, d'autres considérations conduisent à nuancer fortement cette vision négative. Elle s'appuie sur le fait qu'il n'a été constaté aucun lien évident entre le financement de la protection sociale et les faibles performances économiques; ce qui a permis de remettre en cause la notion de poids des prélèvements obligatoires comme obstacle à la croissance d'une part, et d'autre part, de remarquer qu'il existait une corrélation faible entre la protection sociale et le chômage (Bassanini et *al.*, 2002).

Toutefois, d'autres travaux ont montré que la protection sociale pouvait être préjudiciable aux performances des économies. Ainsi, d'après Korpi (1985), les systèmes de protection sociale découragent l'épargne et l'investissement. D'après cet auteur, la protection sociale réduit dans un premier temps le niveau d'épargne au sein d'une économie, et partant, le niveau d'investissement alors considéré comme l'un des moteurs de la croissance. Une abondante littérature (Bénassy et *al.*, 2004) traite aussi de l'incidence négative de la protection sociale à travers son

---

<sup>2</sup> Il s'agit de garantir les transferts de revenus et d'assurer la solidarité entre les générations.

financement sur les performances économiques. Elle vient du fait que les richesses disponibles dans des économies sont captées par les systèmes de protection sociale. A cela s'ajoute les arguments suivant lesquels, d'une part les prélèvements obligatoires grèvent la compétitivité des entreprises en augmentant leurs coûts de production, et d'autre part, la protection sociale a des implications dans l'accroissement du chômage et qu'elle peut à travers ses dépenses, priver le marché d'opportunités de croissance.

Même si un tel débat doit être pris en compte au Cameroun, il n'en demeure pas moins vrai que la priorité pour ce pays est de porter le débat sur les modalités de la mise en œuvre de la protection sociale, et de s'interroger surtout sur la manière de faire évoluer le système de protection sociale vers la santé pour l'adapter au modèle de développement socio-économique, tout en continuant de viser l'amélioration du bien-être des Camerounais.

Dans cette perspective, l'atteinte des objectifs de développement du millénaire (OMD) exige des réformes de la protection sociale dans l'optique de garantir des soins de santé économiquement accessibles à toute la population. Le nombre de Camerounais vivant en dessous du seuil de pauvreté (Plus de 50 pour cent) en est une motivation supplémentaire. Par ailleurs, en stipulant que l'Homme a droit à la santé et à la sécurité sociale, les droits de l'Homme justifient ainsi la nécessité de développer la protection sociale de la santé. D'après l'Organisation Internationale du Travail (OIT, 2002) la protection sociale de la santé est considérée comme un ensemble de mesures publiques ou organisées par les pouvoirs publics et de mesures privées à caractère obligatoire contre la misère sociale et les pertes économiques provoquées par une réduction de la productivité, un arrêt ou une réduction des gains ou la nécessité de payer un traitement indispensable pour récupérer d'un état de santé détérioré.

Ainsi considérée, la protection contribue à la réalisation du capital humain lorsqu'elle améliore la santé, induit un accroissement de la productivité et, par conséquent une élévation de la croissance économique avec pour corolaire la réduction de la pauvreté.

Au Cameroun, la protection sociale est une réalité. Elle se déploie à travers deux systèmes. L'un géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Il s'adresse aux seuls travailleurs salariés qui relèvent du code du travail et aux membres de leurs familles. Il comprend sept branches<sup>3</sup>. Aujourd'hui, seulement trois d'entre elles servent des prestations diverses aux demandeurs (Mbena

---

<sup>3</sup> Il s'agit de la protection familiale et maternité, des actions sociales, des accidents de travail, des maladies professionnelles, des pensions vieillesse, de décès et des invalidités.

Mengue, 2004). Il s'agit des prestations familiales, des pensions et des risques professionnels. Il y a aussi le régime de la fonction publique qui protège les fonctionnaires, les agents et les contractuels de l'Etat<sup>4</sup>.

Il a été prouvé qu'au Cameroun les dépenses de soins de santé comptent parmi les facteurs aggravants de la pauvreté, en ce sens que ces dépenses érodent les modestes moyens de subsistance d'une population déjà majoritairement pauvre. En outre, même si au profit d'un certain nombre de réformes engagées, le nombre d'éventualités couvertes tend à s'accroître plus ou moins rapidement, le champ d'application, quant aux personnes, demeure limité aux salariés ou à une partie d'entre eux.

Voilà pourquoi cette étude a pour but d'analyser le système de protection sociale de la santé à travers la description de la situation actuelle sur la base d'un ensemble d'informations disponibles. Malgré la faiblesse des statistiques, elle contribue à combler un vide quant à la réflexion sur la protection sociale de la santé au Cameroun. Aussi, elle vise à répondre à un souci d'ordre pratique dans la mesure où, elle montre la faiblesse de l'assurance maladie dans le système de protection sociale de ce pays. Une faiblesse qui permet de réfléchir sur la perspective d'une éventuelle extension de la protection sociale de la santé.

Pour la suite, le présent travail va dans la deuxième partie présenter un bref aperçu des faits stylisés sur les aspects redistributifs des dépenses de santé. Il va ensuite décrire la structure de financement de la protection sociale de la santé dans la troisième partie, et la couverture sanitaire puis rendre compte du caractère déficitaire de l'accès aux soins dans la quatrième partie. Dans la cinquième partie, il va suggérer l'extension de la couverture sociale de la santé. La sixième partie conclut.

## **2. Quelques faits stylisés sur les aspects redistributifs des dépenses de santé**

Plusieurs études montrent que les dépenses de santé sont favorables aux déciles le plus riche qu'à celui le plus pauvre ; ce qui permet de dire que ces dépenses ont en moyenne un caractère régressif. Davoodi et al. (2003) confirment cette conclusion à partir des données comparatives rassemblées sur 26 pays en développement et en

---

<sup>4</sup> Il comprend huit branches: les prestations familiales, les accouchements, les accidents de service et maladies professionnelles, l'incapacité, les pensions de retraites, les frais de décès, les soins médicaux et les évacuations sanitaires.

transition. En Asie, en Afrique et dans les pays en transition, le décile le plus riche reçoit en moyenne trois fois plus de dépenses de santé que le décile le plus pauvre. Castro leal (2000) a trouvé des résultats pareils en Afrique. Selon lui, plus de 60 % du total des dépenses de santé bénéficie au décile le plus riche de la population, contre 20 % qui va au décile le plus pauvre. Toutefois, il y a des différences marquées selon les pays et les continents. D'après Davoodi et al. (2003), l'inégalité d'accès aux dépenses de santé est spécifiquement forte en Afrique, par rapport aux autres régions en développement. Ces auteurs arrivent alors à montrer qu'il existe une corrélation forte entre les ratios dépenses de santé qui bénéficient au décile le plus pauvre/ dépenses de santé qui bénéficient au décile le plus riche et la part de la population urbaine.

Cette première considération permet de montrer que les dépenses de santé sont inégalement distribuées. Elle permet de suggérer qu'il faut développer les services de santé ciblés sur les pauvres (Marek et al., 2006), ce qui suppose une politique d'extension de la protection sociale de santé.

A cette première considération, peut se greffer une autre basée sur la mesure de la concentration de l'accès aux services de santé. Ainsi, à partir des résultats des enquêtes DHS, Wagstaff et al. (1991) puis Gwatkin et al.,(2007) montrent que les conditions de santé des couches les plus pauvres de la population sont moins bonnes que celles des plus riches. En Afrique, une partie considérable des dépenses de santé sont privées plutôt que publiques et dépendent à cet effet des revenus des ménages. D'après ces auteurs, plusieurs analyses suggèrent que l'amélioration des conditions de santé dans les pays pauvres devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que les problèmes de santé sont une dimension à part entière de la pauvreté, mais aussi parce que de mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer au niveau macroéconomique, les pays pauvres dans un piège de sous-développement (Berthélemy et Seban, 2010). L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement (Berthélemy, 2008).

Les problèmes de santé dans les pays pauvres sont fortement concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population. Au niveau microéconomique comme au niveau macroéconomique, il y a un piège de pauvreté associé à la santé. Dans le but d'améliorer les conditions de santé des populations en général, il est utile de porter une attention particulière aux pauvres; ce sont les premiers pour lesquels l'enclenchement d'une spirale de détérioration des conditions de santé et d'approfondissement de la pauvreté peut se manifester. Dans cette perspective, plusieurs faits stylisés peuvent être présentés.

Ainsi, une première considération se consacre aux études de l'incidence des bénéfices retirés des dépenses de santé par les différentes composantes de la population (Morrison, 2002). Les enfants du décile le plus pauvre ont en moyenne 3,6 fois plus de risque de décéder avant l'âge de 5ans, 5,6 fois plus de risque d'être affectés de rachitisme sévère et 6,6 fois plus de risque d'avoir une insuffisance pondérale que les enfants du décile le plus riche. L'accès à un accouchement assisté pour les femmes dans ces pays est plus de 6 fois plus fréquent dans le décile le plus riche que dans le décile le plus pauvre. Aussi, les individus présentant les mêmes besoins ne reçoivent pas les mêmes services de santé. Il apparait donc qu'en plus d'être inégale, les politiques de santé sont inéquitables en Afrique et dans nombres de pays en développement; ce qui réduit la capacité de ces politiques à contribuer à la réduction de la pauvreté.

L'exposition de ces faits stylisés bien que peu exhaustive, présentent un intérêt certain pour décrire le financement de la protection sociale de la santé, puis la couverture et l'accès aux soins de manière à pouvoir envisager un système nouveau d'assurance maladie au Cameroun.

### **3. Le financement de la protection sociale de la santé**

Par rapport au financement de la santé au Cameroun, la participation de l'Etat est la plus connue à travers la loi des finances. Cette loi attribue au ministère de la santé (Minsanté) un budget utile à son fonctionnement, à l'entretien des formations sanitaires publiques et à l'approvisionnement en médicaments essentiels. Dans le cadre du traitement des fonctionnaires, le ministère des finances gère les allocations familiales, le supplément familial, les évacuations sanitaires et les remboursements<sup>5</sup>. D'autres ministères et institutions bénéficient dans leurs budgets, des sommes consacrées à la gestion de la santé. Parmi eux on cite: tous les ministères en charge de l'éducation, le ministère de la défense, la délégation à la police, la Présidence de la république, l'Assemblée Nationale, etc. Dans les hôpitaux publics les coûts sont directement recouverts<sup>6</sup>.

En plus de l'Etat, le patronat participe aussi au financement de la santé. Il le fait directement à travers les bons de prise en charge de soins des employés, ou en finançant les soins. Il peut aussi le faire indirectement à travers les différentes cotisations patronales aux risques professionnels, les cotisations pour les pensions ou les assurances qu'il souscrit pour ses cadres.

---

<sup>5</sup> A travers le service des dépenses communes.

<sup>6</sup> Cela veut dire que c'est le malade qui paie tous les frais relatifs à son traitement; sinon, il reste prisonnier de l'hôpital.

Toujours dans le cadre du financement de la santé, il est légitime de mentionner l'aide internationale à travers: les dons, les legs, les subventions non remboursables, l'appui technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la coopération française, l'appui de l'Union Européenne, la coopération technique allemande GIZ, le programme Suisse, le programme Américain du FNUAP, les coopérations Italienne, Japonaise, et Belge entre autres. Les religieux ne sont pas en reste. Leurs apports ne sont pas négligeables, surtout qu'ils opèrent dans les zones rurales qui sont constituées en moyenne de 65 pour cent de la population. Directement par le remboursement des frais des actes de soins, ou indirectement par les assurances privées, les mutuelles de santé et les Groupes d'Initiatives Communautaires (GIC) interviennent dans le financement de la santé. Les populations contribuent à travers les paiements directs par le truchement des recouvrements des coûts.

A cause de la rareté des statistiques, il est difficile de connaître avec exactitude dans le cas du Cameroun, la part de financement de chacun de ceux qui interviennent dans le système de financement des soins de santé. De façon approximative, le tableau ci-dessous présente la participation de chaque intervenant dans le financement de la santé au Cameroun.

**Tableau 1 : Contribution au financement de la santé au Cameroun (en pourcentage)**

<b>Intervenants</b>	<b>Estimations</b>
Etat Camerounais	30
Aide internationale	10
Patronat	8
Initiatives privées	11
Religieux	7
Recouvrement des coûts	27
Compagnies d'assurance privée	5
Solidarité et assistance publique	2
<b>Total</b>	<b>100</b>

Source : Minsanté (2006).

Malgré la diversité de ces contributions, elles restent tout de même faibles dans l'ensemble. Pour satisfaire le quart des problèmes de santé au Cameroun, l'Etat à lui tout seul doit débloquer pas moins du tiers de son budget chaque année et ce pendant au moins une quinzaine d'années, sans tenir compte des autres intervenants. En tenant compte des contributions des autres intervenants, et au pire des cas, par exemple que l'aide internationale disparaîtrait, et que l'Etat doit

couvrir à la fois ses 30 pour cent et les 10 pour cent de cette aide (soit 40 pour cent), le montant que va débloquent l'Etat est d'environ 130 milliards de franc CFA par trimestre pour l'unique secteur de la santé. Un montant loin d'être disponible dans le budget actuel. Un budget dans lequel, la part des dépenses de santé totale en pourcentage du PIB est de 4,2 pour cent. Alors que celle des dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses de santé est de 0,1 pour cent (OMS, 2004).

Les conséquences de ce déficit de financement sont diverses. D'abord, les Camerounais n'ont pas suffisamment accès aux services de santé. Ensuite, ils risquent de mourir des maladies pourtant curables dans d'autres pays de même niveau de développement ou plus développés telles que, l'anémie ou les maladies diarrhéiques qui provoquent déjà 8,85 pour cent de décès (INS, 2008).

Le fait que les niveaux des décès à 60 ans et plus (55 pour cent), entre 0 et 4 ans (30 pour cent) et imputables à des maladies transmissibles (27 pour cent) soient très élevés (INS, 2008), témoignent du lien étroit qui existe entre l'accès à des services de santé financièrement abordables et la pauvreté. Ce témoignage n'est que la conséquence du fait que, les niveaux mensuels moyens de dépenses de santé effectuées par l'Etat par citoyen par décile dépendent du niveau de revenu.

D'après le tableau 2 ci-dessus, il apparaît que les dépenses publiques de santé augmentent avec le niveau de revenu. Ce qui traduit l'accroissement de la part de la mise en commun des risques par le biais de l'impôt et l'assurance maladie.

**Tableau 2 : Répartition des dépenses de santé (en f CFA) en fonction du revenu par décile**

Déciles	Revenus annuels moyens	Dépenses publiques annuelles moyennes
0-10	78 100	9 745
10-20	117 560	19 280
20-30	134 375	21 390
30-40	173 350	23 600
40-50	202 995	28 320
50-60	245 225	44 000
60-70	313 855	54 200
70-80	402 510	68 300
80-90	556 860	96 500
90-100	1 152 750	113 030

Source : Données brutes INS (2008).

D'après l'OMS (2006), la part des paiements directs en pourcentage des dépenses de santé totale est de 69,9 pour cent. Une part très élevée qui reflète le manque de couverture par la protection sociale de santé d'une part, et une inefficacité puis une iniquité dans le financement des soins de santé. Elle apparaît comme une charge considérable pour les populations pauvres. Le niveau élevé de cette part peut conduire à une pauvreté accrue et à des dépenses de santé catastrophiques; elle peut avoir des répercussions négatives sur la génération du revenu, du fait de l'obligation de vendre des actifs et d'emprunter (BIT, 2007).

Au bout du compte du financement de la protection sociale de santé au Cameroun, il ressort que: les parts des dépenses de protection sociale de santé par rapport au PIB et aux dépenses totales de santé sont très faibles<sup>7</sup>; la part du financement de l'Etat en pourcentage des dépenses totales de santé est faible; le financement privé de la santé est assuré en grande partie par les ménages Camerounais; l'accès aux services de santé est lié au niveau de revenu du pays dans l'ensemble et de celui de chacun des citoyens en particulier.

C'est donc un défi énorme pour le Cameroun de financer son système de santé pour favoriser l'accès à des soins suffisamment et économiquement accessibles à toutes les populations.

#### **4. La couverture et l'accès aux soins**

L'offre de soins de santé se fait au Cameroun comme dans tout autre pays au monde, suivant une certaine organisation (1). Puis, à partir de cette dernière, il est possible d'apprécier la qualité et surtout l'accès aux soins (2).

##### ***4.1. L'organisation des soins***

L'organisation des soins a pour objectif de permettre d'avoir une idée sur l'importance de l'offre des soins de santé et d'en préciser les principales catégories. Au Cameroun, les soins de santé sont dispensés par des prestataires qui appartiennent à des secteurs différents. Ils peuvent être publics, privés à but lucratif ou non, structurés ou non. Ce sont précisément ces secteurs qui offrent la santé, une offre qui est loin d'être uniforme.

---

<sup>7</sup> 4,2% en 2006 par exemple (Banque Mondiale, 2006).

L'importance de chacun de ces secteurs par rapport aux autres dépend de nombreux facteurs. Pour l'essentiel, elle résulte de la sédimentation de structures de génération différente qui ont pu s'organiser autour d'un schéma directeur précis ou au contraire qui coexistent sans s'inscrire dans une trame structurée de base. Très souvent, c'est le résultat de jeux de pouvoir entre des acteurs qui partagent plus ou moins les mêmes intérêts et qui poursuivent des objectifs plus ou moins divergents, de l'influence de politique publique déterminée plus ou moins par des projets de sociétés structurés (Touré, 2001).

Le secteur public est organisé suivant un système sous forme de pyramide. A la base se trouvent les centres de santé et les hôpitaux de district et au sommet se situent les hôpitaux centraux et généraux. Le secteur privé est constitué d'établissements à but lucratif à l'instar des cliniques ou non lucratif au rang desquels se trouvent les structures confessionnelles ou caritatives.

Subdivisé en 174 districts de santé, le Cameroun comprend 239 hôpitaux de district<sup>8</sup>. A ce réseau s'ajoute 2 129 centres de santé intégrés, structures en charge des soins médicaux de base, de l'éducation sanitaire de base et des soins pour femmes enceintes et enfants, entre autres. Pour ce qui est du secteur privé à but lucratif, on recense 63 cliniques sur tout le territoire avec une capacité totale d'accueil de 2 152 lits, soit 10,6 pour cent du total des lits hospitaliers (Ngouana, 2009). Ces chiffres cachent cependant de fortes disparités régionales. En effet, l'offre publique de soins est insuffisante et inégalement répartie: 30 pour cent des centres de santé et 50 pour cent des hôpitaux sont concentrés dans les régions de l'Ouest et du Centre, alors que le Nord et l'Extrême-Nord ne disposent que de 17 pour cent des centres de santé (Minsanté, 2002).

Par rapport aux compétences, le secteur public emploie près de 10 000 agents titulaires et environ 5 000 contractuels. Le personnel du privé représente environ 40 pour cent de l'effectif public. 3 000 médecins et 9 000 infirmiers exercent au Cameroun tous secteurs confondus, soit 1 médecin pour 5 600 habitants et 1 infirmier pour 2 000 habitants<sup>9</sup>. Ces chiffres cachent une forte disparité au niveau de la répartition de la concentration du personnel dans les grandes agglomérations (Ondoua, 2002).

---

<sup>8</sup> Avec 150 qui relèvent du secteur public et 89 du secteur privé.

<sup>9</sup> Les normes de l'OMS étant 1 médecin pour 10 000 et 1 infirmier pour 5 000.

Bien que le secteur privé prenne de plus en plus de l'importance au Cameroun<sup>10</sup>, l'offre de soins reste majoritairement publique. Ainsi, le ministère de la santé publique continue d'assurer une gestion directe d'un grand nombre de structures prestataires. Ces structures vont des hôpitaux généraux aux centres de santé de district. Elles assurent une gamme variée de soins qui vont des soins tertiaires aux soins de santé primaires. Les réflexions sur la manière d'accroître l'efficacité des services fournis par ces structures ont abouti à la proposition de bouquets essentiels de soins pour chacun des niveaux, d'une autonomie de gestion et surtout d'une plus grande participation des usagers à la gestion.

La progressivité du financement des soins réactualise le rôle de l'Etat dans le financement; surtout que depuis une période pas très lointaine, l'Etat a promu la participation des populations à travers les mécanismes de paiement direct au financement. Une promotion somme toute qui a abouti à des résultats mitigés.

Bien qu'il soit difficile dans le cas du Cameroun de disposer des statistiques qui relèvent l'importance de la couverture assurée par la CNPS, il n'en demeure pas moins que cette institution contribue à la prestation des soins. Une prestation qui ne profite pas seulement aux affiliés et aux ayants droit, mais aussi parfois aux populations qui vivent dans leur proximité<sup>11</sup>, à la seule condition de payer les droits exigibles. Elle a parfois développé des actions de masse qui sont allées au-delà de leurs affiliés et qui ainsi ont contribué à l'effort national de promotion de la santé publique au Cameroun. Toutefois, le manque de concertation entre l'Etat et la CNPS lors de la fixation des cartes sanitaires dans le cadre de la planification du développement des infrastructures a souvent conduit à une redondance des structures et une démultiplication inutile des efforts d'investissement. Par ailleurs, cette situation a aussi abouti à une forte concentration, avec des zones qui restent sous équipées.

A cause de la crise économique qui a induit la baisse drastique des budgets alloués à la santé, certaines institutions publiques d'offre de soins connaissent des désinvestissements, des réductions de moyens de fonctionnement, voire des départs de quelques personnels soignants. Le personnel de santé est passé de 16 117 en 1984 à 15 202 en 1999 et 9 665 en 2008. Il représente moins de 7 pour cent de la fonction publique civile de l'Etat, soit 0,05 pour cent de l'ensemble de la population ; ce qui est de beaucoup inférieur au ratio observé dans un pays comme

---

<sup>10</sup> Il faut noter que dans la situation de départ, l'offre de soins était exclusivement publique.

<sup>11</sup> Ce qui n'a pas souvent eu la reconnaissance méritée par les évaluations techniques faites par les pouvoirs publics.

le Bénin (0,1 pour cent)<sup>12</sup>. Cela engendre des difficultés à répondre à la demande de plus en plus croissante de soins. Ces difficultés ont affecté non seulement l'offre globale de soins, mais aussi la qualité des services.

La diversité des institutions privées est telle que, celles à but lucratif s'attachent à se développer uniquement dans la zone où manifestement il existe un pouvoir d'achat et où il est possible de faire du profit. Elles sont accessibles seulement à une frange minoritaire de la population Camerounaise. Après accords avec le ministère de la santé, ces institutions participent aux réseaux de services publics tels que la vaccination et les services de référence.

À côté des institutions privées à but lucratif, se développent des institutions à but non lucratif. Elles sont constituées des organismes caritatifs, des structures qui émanent de la société civile et des communautés. Elles se forment une place de plus en plus importante, surtout du fait de la crise économique et du délabrement subséquent des services publics de santé. Aussi, le développement de ces institutions est-il en partie lié à la quête de l'expression démocratique qui a permis un engagement prononcé de la société civile dans la promotion des conditions de vie. La plupart du temps, ces institutions prolongent le service public et se situent dans une perspective de dynamique de promotion des soins de santé primaires.

Telle qu'elle apparaît, l'organisation des soins est supposée impliquer un accès effectif au service de santé. Ce qui suppose que l'ensemble des prestations doit être conçue de manière à permettre de maintenir, rétablir ou améliorer la santé et la capacité de travail, et de satisfaire les besoins personnels en soins de santé des Camerounais.

#### ***4.2. Le déficit d'accès aux soins***

La morbidité au Cameroun a amorcé un changement important. À l'horizon, tout porte à croire qu'elle sera dominée par des maladies non transmissibles telles que les affections cardio-vasculaires, les maladies mentales et le diabète (Murray et Lopez, 1999). Il s'agit des affections chroniques. Dans cette perspective, l'offre de soins est appelée à s'adapter à cette évolution, aussi bien dans l'organisation de la prise en charge des cas que dans la promotion de moyens de prévention plus appropriés (Touré, 2001).

---

<sup>12</sup> Letourmy (2006).

Le niveau général de morbidité est de 23 pour cent. Il indique une moyenne très élevée de six épisodes morbides par an et par Camerounais. Ce niveau varie d'après le sexe, les régions, le milieu de résidence, l'âge et le niveau de vie. Toutefois, au Cameroun, les femmes sont plus malades que les hommes, ce qui explique que leur taux de morbidité soit supérieur à celui des hommes. Aussi, 60 pour cent de la population pauvre à un taux de morbidité constant alors que ce taux baisse fortement à partir du quatrième quintile de la population (Ndo et Loudang, 2004).

Par ailleurs, il est difficile de démontrer qu'au Cameroun, la qualité des services dans le secteur public est meilleur ou moins bonne que dans les autres secteurs. Généralement, les points de vue développés relèvent plus de la rhétorique de jugements d'ailleurs subjectifs que des faits réels. Bien qu'il soit difficile d'apprécier la différence de qualité de soins entre les secteurs public et privé, il demeure que la qualité de soins est en dégradation continue dans le secteur public depuis l'avènement de la crise économique de 1987<sup>13</sup>.

Il s'agit des nouvelles évolutions auxquelles, l'offre de soins devrait s'adapter aussi bien dans la promotion des moyens de prévention plus adaptés, que dans l'organisation de la prise en charge des cas. Le défi actuel du système national Camerounais de santé est d'apporter des réponses appropriées qui permettent de garantir une qualité et une quantité de soins conformes aux normes standards universels que ce soit par les structures publiques ou par celles qui sont du secteur privé. Pourtant, il est vrai que les infrastructures sanitaires sont dans un état de précarité, les circuits formels de soins moins utilisés par les usagers, la qualité des soins moins bien établie dans la mentalité des professionnels et les déterminants de la qualité des soins<sup>14</sup> faisant défaut.

En outre, il faut relever que les professionnels de la santé sont en nombre insuffisant, la couverture en infrastructures sanitaires reste faible et la pauvreté croît au Cameroun. Toujours est-il que les réponses à ce défi doivent concourir à accroître l'accès aux soins à la plupart des Camerounais.

Toutes ces modalités suscitent des réflexions quant à la perception des tendances et des niveaux actuels de la couverture par la protection sociale de santé.

---

<sup>13</sup> Les raisons sont entre autres : la mauvaise gestion, le désinvestissement, la réduction des moyens de financement, les départs des personnels, etc.

<sup>14</sup> Ressources humaines, médicaments, moyens de contrôle, etc.

Ainsi, sur la base des sources d'information statistiques qui existent sur les tendances de la couverture formelle par la protection sociale de la santé, tout laisse penser qu'il existe un lien entre l'élévation du niveau de revenu des populations et le recours à des mécanismes de financement de la santé basés sur la mise en commun des risques et le prépaiement (Banque Mondiale, 2006b). Dans le cas du Cameroun qui est par ailleurs un pays à revenu moyen, les paiements directs sont le principal mécanisme de financement des soins de santé. Ils sont utilisés pour financer 69,9 pour cent du total des dépenses de santé (OMS, 2006). Le reste des dépenses est financé par l'impôt et par les régimes d'assurance maladie privées, puis sociaux communautaires. Jusqu'ici, ce régime ne concerne qu'environ 10 pour cent de la population totale, soit 7 pour cent pour les fonctionnaires et 3 pour cent pour les entreprises organisées a accès à une protection sociale (INS, 2007). Au regard de ces chiffres, il apparaît que non seulement le niveau de protection sociale de santé n'est pas lié au niveau de revenu, mais aussi que la couverture formelle par la protection sociale de la santé dans ce pays est encore loin d'être universelle. D'après les données de l'OMS (2006), 9 240 000 personnes ne sont pas en mesure d'avoir accès à des soins de santé efficaces et économiquement abordables liés aux effectifs des professionnels de la santé, et 6 080 000 personnes sont nées sans assistance d'un professionnel de la santé. On estime importante la frange de la population qui n'a pas accès aux services de santé: près de 44 pour cent dans l'ensemble, avec plus de 55 pour cent pour les pauvres qui sont d'ailleurs contraints de dépenser environ 50 pour cent du revenu de leur ménage en traitements médicaux.

Face à la faiblesse des statistiques pouvant constituer la base factuelle de la couverture formelle, les indicateurs relatifs à la consultation par exemple, peuvent dans un tel contexte constituer des approches de mesure de l'accès effectif aux services de santé. C'est pour cette raison, que beaucoup de Camerounais au sein des ménages pauvres ou non recourent de moins en moins à la médecine moderne. Les ménages ruraux utilisent beaucoup plus d'autres formes de traitement thérapeutiques que celles classiques et par ailleurs, les ménages non pauvres ont de plus en plus recours aux plantes médicinales. Ce qui traduit la faiblesse de l'accès physique aux services de santé.

Selon les statistiques disponibles, le nombre de ménages pauvres vivant dans des villages sans maternité a considérablement diminué<sup>15</sup>. Il en est de même des ménages vivant dans des villages dotés d'une maternité<sup>16</sup>. A contrario, la

---

<sup>15</sup> Il est passé de 0,20 pour cent en 1996 à 0,10 pour cent en 2008.

<sup>16</sup> Il est passé de 0,29 pour cent en 1996 à 0,49 pour cent en 2008.

proportion des ménages vivant dans des villages sans unité de santé fonctionnelle a diminué, passant de 0,62 à 0,60 pour cent. C'est la conséquence de la mise sur pied d'une politique de santé élargie. Toutefois, au regard du taux de croissance de la population qui est d'environ 3 pour cent, il reste que ces différentes diminutions qui sont en proportions inférieures à celle de la population ne peuvent pas permettre qu'il s'établisse une compatibilité entre les besoins et les offres des services de maternités.

Le tableau 3 contribue à donner une idée quoique imparfaite des connaissances actuelles des statistiques du Cameroun relatives à la couverture des soins de santé. Les données de ce tableau reflètent les deux indicateurs du déficit d'accès, tout en donnant d'autres informations telles que celles relatives à la population, au PIB, à l'indice de pauvreté humaine, au coefficient de Gini, à la couverture formelle, aux paiements directs et aux dépenses totales de santé. Il convient de souligner que les indicateurs suggérés permettent seulement d'estimer le déficit d'accès national et de mieux connaître l'ampleur des insuffisances de la couverture effective par la protection sociale de la santé en relation avec les autres variables liées à cette couverture (BIT, 2007).

Ces statistiques laissent imaginer que, au regard du niveau de croissance économique du Cameroun, si ce pays bénéficie particulièrement d'une volonté politique forte permettant de définir les priorités, l'extension de la protection sociale de la santé est possible, et que la couverture de la population est dans une certaine mesure indépendante des niveaux de revenus.

Ceci est d'autant vrai que, la problématique de l'accès aux soins de santé n'est pas que financière. Elle est aussi géographique et culturelle. Ainsi, les services de santé dans ce pays sont difficilement accessibles à cause du coût très élevés des soins. Ces coûts sont liés aux prix élevés des médicaments et des intrants utilisés qui sont d'ailleurs pour la plupart importés. Malgré les mesures qui consistent à approvisionner en intrants par des procédures de marché qui font appel à la concurrence, acheter des médicaments génériques, ou la subvention de l'Etat de certains médicaments, les soins de santé au Cameroun restent hors de portée pour la majorité des Camerounais qui sont pauvres. Face à cette situation, l'un des objectifs du Cameroun serait de prendre des mesures qui tendent à rendre le tarif des soins accessible aux populations.

**Tableau 3: Données relatives à la protection sociale de la santé sur le Cameroun**

<b>Données relatives à l'estimation du déficit d'accès à la protection sociale de la santé</b>	
Population totale (en millions)	16
Population urbaine (%)	54
PIB (en milliards de dollars)	10
Indice de Développement Humain (IDH)	0,51
Indice de Pauvreté Humaine (IPH)	36
Indicateur de Gini (IG)	45

Source : Banque Mondiale (2006)

<b>Déficit d'accès estimé</b>	
Déficit d'accès national lié aux effectifs des professionnels de la santé (% de la population)	44
Estimation du déficit d'accès (naissance avec assistance d'un professionnel de la santé)	38

<b>Données relatives à la couverture formelle par la protection sociale de la santé</b>	
Couverture formelle totale Couverture formelle totale (Etat, Assurance maladie publique, Assurance maladie privée, Régime professionnel / syndicat, Autres)	0,1 %
Total Mutuelle d'Assurance Maladie (MAM)	0,05
Paiement direct en % des dépenses de santé totale	69,9
Dépenses totales de santé en % du PIB brut	4,2
Dépenses de santé de la sécurité sociale en % des dépenses de santé générales du gouvernement	0,1
Paiements directs en % des dépenses de santé privée	98,3

Sources : OMS (2006 p.64).

Aussi, les usagers considèrent que les soins fournis dans les centres de santé ne répondent pas à leurs attentes. Le non-respect de leur dignité, les longues files d'attente, les difficultés de communication sont autant de facteurs qui nourrissent ces points de vue. Même si ces questions ont été considérées pendant longtemps comme marginales, il reste que la manière avec laquelle les soins sont délivrés au Cameroun est devenue un facteur qui détermine l'utilisation des services de santé. Ce qui traduit d'ailleurs, les préférences pour certains types d'itinéraires thérapeutiques par des raisons culturelles.

Dans la même logique, l'accès aux soins de santé dépend aussi des facteurs géographiques. Ainsi, la mauvaise qualité des routes et les longues distances qui séparent les patients des centres de santé sont quelques raisons qui limitent l'accès aux soins. Tout ceci traduit l'idée suivant laquelle, la résolution du problème des soins passe nécessairement par l'amélioration de la qualité des infrastructures.

Au bout du compte, la tendance dans l'évolution de la morbidité et de l'accessibilité aux soins sont des dimensions à prendre en compte autant dans la couverture que dans l'extension de la couverture des soins de santé. Une prise en compte qui, pour parvenir à une couverture totale des soins de santé, devrait s'inscrire dans une démarche systémique qui implique tous les acteurs<sup>17</sup>; c'est-à-dire les prestataires de soins, les demandeurs de soins, les pourvoyeurs de fonds et/ou l'Etat. Très généralement, cette démarche exige un dialogue constant entre les différents acteurs, qui dans le cas du Cameroun ne se sont pas suffisamment adressés les uns aux autres.

## **5. Le système d'assurance maladie au Cameroun : une possibilité d'amélioration**

Cette section comporte deux étapes. La première est consacrée à l'analyse de l'assurance maladie. Une analyse qui amène à conclure qu'au Cameroun, une telle assurance est limitée. Ce qui emmène à proposer dans la deuxième étape, le développement d'un système pluraliste d'assurance maladie.

### ***5.1. Un système d'assurance maladie limité***

La déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 reconnaît l'universalité de la sécurité sociale en son article 25. Elle a donc consacré l'accès aux soins de santé comme un droit primordial (AISS, 2008). La couverture du risque maladie devrait donc depuis longtemps être un élément essentiel de politique sociale des pays. Toutefois, en Afrique et particulièrement au Cameroun, des populations vivent encore sans être suffisamment protégés.

Le système de soins de santé en vigueur dans ce pays est déséquilibré en faveur des élites privilégiées et des centres urbains. L'accès aux soins de santé reste donc un problème majeur pour la majorité de la population. Problème auquel il faut ajouter l'insuffisance des dispositifs fonctionnels capables de protéger les individus et leurs familles face aux risques sociaux tels que les maladies et les décès.

---

<sup>17</sup> Prestataires, pourvoyeurs de fonds et régulateur.

Accéder aux soins de santé reste un problème fondamental pour la plupart des Camerounais. Ainsi donc, l'un des déterminants de la pauvreté est lié aux problèmes de santé. En ce sens, soit les populations n'ont pas accès aux soins de santé, ce qui ne permet pas d'atténuer l'impact négatif de ces problèmes; soit que leurs dépenses de soins de santé érodent leurs modestes moyens de subsistance. Aussi, le Cameroun enregistre beaucoup de pertes en vies humaines à cause du paludisme, des maladies (sexuellement) transmissibles, des conditions maternelles puis nutritionnelles par exemple. Il faut ajouter à cela, la faiblesse des dispositifs fonctionnels susceptibles de protéger les populations face aux maladies.

Du fait de l'inexistence d'un régime de protection sociale universel, le système d'assurance maladie au Cameroun reste encore une affaire de quelques privilégiés. Surtout que la plupart des entreprises n'assurent pas leur personnel contre les risques sociaux. Pour celles qui acceptent de le faire, elles ne le font que pour leur personnel et très peu pour les membres de leur famille.

Certes le décret n° 2000/692 du 13 Septembre 2000 fixe les conditions et les modalités de prise en charge sur le budget de l'Etat des dépenses liées à l'évacuation sanitaire des personnels civils de l'Etat et de 60 pour cent des frais de santé des fonctionnaires. Seulement, il s'agit d'un texte qui dans les faits n'est pas toujours appliqué (Ondoua, 2002). Par ailleurs, la CNPS qui est un établissement jouissant d'une autonomie financière assure en son régime, les travailleurs salariés relevant du code du travail, pour trois types de prestations sociales: les allocations familiales, les pensions d'assurance vieillesse et les services de prévention et de réparation des accidents et maladies professionnelles. Elle ne dispose donc pas de volet maladie.

Aussi, en ce qui concerne les assurances privées, ce sont les structures régies par le code CIMA<sup>18</sup> qui gèrent ce type d'assurance. La population concernée dans ce cas, avoisine les 20 pour cent de la population qui travaille dans le secteur formel. La proportion de la population couverte par ce type d'assurance reste donc faible. En outre, il existe aussi au Cameroun, des systèmes de protection sociale constitués de mutuelles et qui sont destinés à différents groupes minoritaires de la population. Parmi ces systèmes, il y en a qui sont largement appuyés par la coopération internationale<sup>19</sup>. La plupart d'entre eux sont essentiellement communautaires avec une gestion associative; quelques-uns sont d'un corps professionnel, mais très peu possèdent un système de gestion moderne (Ngouana, 2009).

---

<sup>18</sup> Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance.

<sup>19</sup> Par exemple, les mutuelles d'entreprise, la mutuelle association islamique pour la promotion de l'éducation et la santé (ASIPES).

Par rapport aux mutuelles qui sont développées au sein des entreprises et qui assurent la gestion de la maladie, quelques-unes préfèrent confier cette mission aux compagnies d'assurances privées. D'autres préfèrent par contre avoir en leur sein, un système de remboursements internes des factures de soins présentés par chaque membre du personnel. C'est le cas par exemple de la mutuelle de la direction des douanes, ainsi que de celle de la société brassicoles *les Brasseries du Cameroun*, qui présente par ailleurs des atouts énormes quant à la gestion rigoureuse des sommes y afférentes. En moyenne, les retenues opérées aux employés à la source pour la mutuelle varient entre 1 000 et 2 000 franc CFA, par agent et par mois. Ces montants résultent très souvent des accords tripartites entre les employeurs, les travailleurs et les délégués des personnels. Les employeurs participent par les primes qu'ils devaient normalement donner aux employés.

Aussi, les Groupements d'Intérêt Commun (GIC) qui agissent en mutuelles de santé constituent une alternative des Groupes d'Initiatives Communautaires qui se proposent d'intervenir dans le domaine de la santé. Ceci à travers un triple partenariat entre les promoteurs, les formations sanitaires ciblées et les mutualistes volontaires. Cette approche présente toutefois des faiblesses liées au fait que les adhérents ne peuvent bénéficier des services de soins que dans les formations sanitaires dans lesquelles ils sont affiliés. Dans le cas contraire, la mutuelle n'intervient pas. Ces faiblesses ne sont pas une spécificité des mutuelles mais aussi de l'Etat, de la CNPS et des entreprises privées.

Bien que l'assurance maladie soit incitative, il demeure que la couverture même dans le secteur formel reste très limitée au Cameroun. Malgré l'adoption en 1996 du système de soins de santé primaires conçu avec un paquet minimum souhaitable de soins qui devraient être assuré aux communautés bénéficiaires suivant un partenariat de gestion avec l'Etat, on s'aperçoit qu'il persiste des inégalités entre les couches déjà couvertes et celles qui ne le sont pas encore. En particulier, les chômeurs et surtout les populations vivant en zone rurale qui se retrouvent quelque peu défavorisées, par le manque de structures sanitaires fiables dans leurs environnements. Dans cette circonstance, l'assurance maladie reste par conséquent un défi important à relever.

### ***5.2. Vers un système nouveau de couverture élargie de protection sociale de la santé***

La protection sociale de la santé est jusqu'ici assurée au Cameroun soit par un système public de soin de santé financé par l'impôt, soit par un mécanisme d'assurance maladie. Il est connu que le gouvernement Camerounais tient à mettre en place une assurance maladie publique d'autant que les employeurs sont intéressés par l'assurance maladie. Ils ne veulent plus supporter le coût de tous les risques santé de leurs salariés et recherchent des mécanismes qui permettent de partager ces coûts (Ron, 2008). En revanche pour les assurés, les soins de santé sont la prestation de sécurité sociale la plus utilisée et qui profite aux membres de leur famille tout au long de leur période d'activité. Bien qu'il soit l'idéal pour tous, ce type de couverture reste très limité au Cameroun.

L'assurance maladie apparaît aujourd'hui, dans les pays à faible revenu, comme une technique susceptible de favoriser l'atteinte de nombreux objectifs (Letourmy et al., 2003). L'assurance maladie va faciliter l'accès aux soins, en réduisant la part du paiement direct des services, et rendre solvable du même coup la demande aux formations de santé. Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté (Holzmann et Jorgensen, 2000), l'assurance maladie est un élément central de la réduction de la vulnérabilité des populations et de limitation de la pauvreté iatrogène<sup>20</sup>. La création de branches d'assurance maladie est aussi un moyen d'étendre les systèmes de protection sociale. Dans la mesure où l'assurance maladie représente un financement issu des ménages, la représentation de ceux-ci au niveau de la gestion et de la gouvernance des organismes est un facteur de diffusion de la démocratie. Enfin, l'assurance maladie doit participer de l'extension du marché des assurances que certains voient comme un levier de développement des marchés financiers (Letourmy, 2006).

Dans cette logique, la CNPS enregistre des progrès. D'abord, en élargissant et en améliorant la couverture pour les travailleurs du secteur formel. Ensuite, en essayant d'étendre la protection de la santé. Dans cet élan d'amélioration de ses performances dans le cadre de ses activités traditionnelles, la CNPS jette par-là, les fondements d'une confiance qui permettrait la mise en place au Cameroun d'une sécurité sociale crédible, viable et qui couvrirait davantage de Camerounais<sup>21</sup>. Une

---

<sup>20</sup> Celle qui est liée à un traitement médical ou un médicament.

<sup>21</sup> A cet effet, des projets existent au ministère du travail et de la sécurité sociale. Parce qu'ils ne sont pas encore adoptés puis promulgués, il ne semble pas logique de parler de leurs contenus.

telle sécurité se traduira comme un ensemble de politique, de programmes et de processus novateurs et évolutifs. Elle permettrait d'offrir des régimes de protection sociale plus accessibles et plus viables qui ne se limitent pas à fournir une protection, à encourager la prévention et à soutenir la réadaptation et l'intégration ou la réintégration, mais qui contribuent également à l'édification de sociétés socialement plus ouvertes et économiquement plus productives (Mc Kinnon, 2007 et 2009; Sigg, 2007).

Ainsi, pour supprimer les paiements directs des services de santé par les usagers Camerounais, le gouvernement peut entreprendre des *réformes* (Ron, 2009) susceptibles d'aboutir à des lois<sup>22</sup> sur l'assurance maladie au niveau de la nation. Ces lois devraient mener à la création d'un régime d'assurance maladie qui couvre tous les Camerounais résidant sur le territoire national. Il s'agit de lois qui garantissent la fourniture des services de soins de santé de base<sup>23</sup>, par l'Etat, la CNPS et le *fonds de santé*<sup>24</sup>. Les raisons du choix de ce *fonds* sont nombreuses.

D'abord le fait qu'il y a un manque d'harmonisation entre les deux systèmes qui existent actuellement. Ensuite, en perspective, l'Etat devra déboursier ses parts de cotisation normalement pour que l'assurance maladie puisse couvrir les fonctionnaires, les agents et les contractuels. Aussi, la CNPS quant à elle, devra s'étendre à (presque) tous les travailleurs du secteur formel. Encore qu'elle a de la peine à y parvenir.

Par ailleurs, il s'impose la nécessité de prendre absolument en compte les populations qui opèrent dans le secteur informel, les étudiants et les autres catégories sociales non alignées. Enfin, il semble que la mise en place d'un système d'assurance universelle va prendre encore du temps. Dans ce cas, il ne reste plus qu'aux populations non couvertes et qui seront potentiellement exclues des deux systèmes existant, de s'organiser par groupe intéressés avec le soutien et l'appui des pouvoirs publics, par l'assurance maladie à travers un *fonds de santé*.

Donc, en plus de ce que l'Etat fait (et devra faire) pour les travailleurs du secteur public, de la CNPS et des assurances pour les travailleurs affiliés du secteur formel, un ou plusieurs autres organisme peuvent être créés avec pour charge d'enregistrer, d'agréer et de réglementer les régimes d'assurance maladie. Encore que la

---

<sup>22</sup> On espère qu'elles existent dans les projets en cours.

<sup>23</sup> Dans un premier temps tout au moins car, l'un des points importants à considérer c'est de définir l'ensemble des maladies qui seront couvertes au début de cette sécurité sociale pour qu'elle soit viable.

<sup>24</sup> Il peut en exister plusieurs, tout dépend de la volonté politique et de celle des demandeurs de soins.

demande potentielle d'assurance maladie nourrit la nécessité de mettre sur pied l'assurance maladie en tenant compte des différents groupes de la population. Bien plus, ces groupes n'ont pas nécessairement les mêmes besoins et l'assurance maladie a un intérêt qui varie selon la protection qui existe, avec des spécificités quant aux assurances maladies en général, et à celles qui seraient obligatoires, en particulier<sup>25</sup>.

Au regard de la faiblesse des mécanismes de financement de la protection sociale de la santé et de la limitation de l'accès à l'assurance maladie, la volonté politique doit permettre à l'Etat et à la CNPS de combler les insuffisances qui existent de manière efficace et efficiente pour que les deux systèmes qui sont les leurs atteignent l'objectif d'une couverture de tout le personnel de l'Etat, puis de tous les travailleurs du secteur formel.

A priori éligibles à l'assurance maladie au regard des revenus réguliers au-dessus du revenu mensuel moyen qu'ils reçoivent, les salariés du secteur formel, les fonctionnaires, les agents et les contractuels de l'Etat devront être tous assujettis à des régimes obligatoires<sup>26</sup>. A cet effet, l'Etat devra accorder à ses agents des prestations maladies non contributives directement, dans des hôpitaux publics exclusivement, qui vont de la consultation à l'hospitalisation<sup>27</sup> si nécessaire. L'Etat prendra donc totalement en charge les dépenses de santé de son personnel. Pour les travailleurs du secteur privé formel, la CNPS devra assurer la couverture maladie contributive. Elle pourra prendre des formes différentes. Soit d'un accès à un centre de santé/une clinique appartenant à l'entreprise ou non, soit à la prise en charge directe des frais en cas de maladie, soit enfin de subventions à une caisse sociale destinée à couvrir certaines maladies.

Restera alors, les travailleurs qui opèrent dans le secteur informel, les étudiants, les artisans, les commerçants, les travailleurs indépendants, les paysans, les stagiaires, les employés de maisons, etc. A la faveur de ces différentes catégories de populations, ces *réformes* peuvent permettre et favoriser par exemple, la création d'un *fonds de santé* susceptible de financer les services de santé. Le pendant de cette création est la définition d'un cadre légal qui régleme l'assurance maladie et qui comporte entre autres, des règles qui permettent de garantir une bonne gouvernance et une protection efficace. Ce qui traduit une démarche qui nécessite l'adoption d'un certain nombre de droits de la protection sociale de la santé, compte tenu des besoins et du pouvoir d'achat des membres. Ce *fonds* soumis à un

---

<sup>25</sup> Cela est lié aux systèmes de financement contributif retenus par l'un et l'autre système.

<sup>26</sup> A travers les deux systèmes qui existent.

<sup>27</sup> Les frais d'hospitalisation sont exclus.

régime professionnel, aura pour mission principale de défendre l'intérêt de ses membres, devra offrir une couverture médicale financièrement abordable pour les pauvres contre une modique contribution. Le plan de couverture à mettre sur pied par ce *fonds* doit envisager une conception cohérente de la couverture de santé, qui repose sur nombre de mécanismes de financement qui induit alors, plusieurs sous-systèmes de fournitures des services de santé, dans lesquelles sera assuré un accès égal de ses membres aux services essentiels (tout au moins).

Par le biais de la volonté politique, le développement d'un système pluraliste d'assurance maladie est donc possible au Cameroun. Seulement, pour des raisons de compatibilité et de création de synergie dans un éventuel cadre de stratégie d'intégration, des liens doivent être établis entre les différents régimes d'assurance maladie et la mutuelle d'assurance maladie de financement des services de santé à fournir aux pauvres.

## 6. Conclusion

L'objectif de ce travail était d'analyser le système de protection sociale de la santé au Cameroun. A cette fin, il a semblé utile de décrire non seulement le financement de la protection sociale de la santé, mais aussi la couverture sanitaire offerte aux Camerounais, avant de révéler le caractère de l'accès aux soins. Cette démarche a permis de rendre compte de ce que le financement, comme la couverture, sont faibles. Ce qui traduit les difficultés à répondre à la demande de plus en plus croissante de soins.

Aussi, l'accès aux soins est très limité. Surtout que la problématique de l'accessibilité aux soins de santé est non seulement géographique et culturelle, mais aussi et surtout financière. Toutes choses qui expliquent non seulement la qualité médiocre de santé des Camerounais, mais aussi leur niveau de pauvreté élevé.

L'assurance maladie n'existe que pour une minorité des privilégiés au Cameroun. Bien plus, les soins de santé sont dispensés par des prestataires qui appartiennent à des secteurs différents, publics ou privés à but lucratif ou non. Il s'agit donc d'une organisation qui ne rend pas facile l'accès aux soins, et surtout aux soins de qualité. Autant de motifs qui expliquent entre autres le niveau élevé de morbidité et affectent l'offre globale de soins, puis la qualité des services de santé au Cameroun.

Toutes ces considérations ont constitué les raisons pertinentes qui ont conduit à suggérer l'extension de la protection sociale de la santé. A cet effet, des propositions ont été faites. D'abord la *réforme* des régimes de l'Etat et de la CNPS qui existent déjà. Cette réforme devrait permettre à ces régimes de combler leurs insuffisances en matière d'assurance maladie de manière efficace et efficiente, puis

d'agrandir leurs espaces opérationnels. Ensuite, il a été proposé la création et la mise en pratique d'un *fonds de santé*, susceptible de bénéficier d'un mécanisme de financement pluraliste et qui aura pour but principal, de faciliter l'offre des soins de santé aux Camerounais, même les plus pauvres, qui sont exclus des deux régimes qui existent déjà. De la sorte, ces trois régimes pourront contribuer à couvrir la santé de tous les Camerounais.

### Références bibliographiques

- AISS (2008), « *Une sécurité sociale dynamique pour l'Afrique: une stratégie pour le développement, développements et tendances* », Genève.
- Banque Mondiale, (2006), « *Rapport 2006 sur le développement humain* », BM, Washington D.C.
- Banque Mondiale (2006b), « *Disease control priorities in developing countries* », 2ème édition, Oxford University Press, New York.
- Barr, N. (2001), « La réforme des retraites: mythes, vérités et choix stratégiques », in *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, vol. 55, n° 2.
- Bassanini, A. et S. Scarpetta (2002), « Les moteurs de la croissance dans les pays de l'OCDE: analyse empirique sur des données de panel », *Revue Economique de l'OCDE*, n° 33.
- Bénassy-Quéré, A.; B. Coeuré; P. Jacquet et J. Pisani-Ferry (2004), *Politique économique*.
- Berthélemy, J. C. (2008), « *Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté* », Comptes rendus de l'Académie des Sciences, section Biologie, 331, 903-918.
- Berthélemy, J. C. et J. Seban (2010), « *Dépenses de santé et équité dans l'accès aux services de santé dans les pays en développement* », Centre d'Economie de la Sorbonne, Paris.
- BIT (2007), « *La protection sociale de la santé : stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé* », Projet de document pour consultation, Département de la Santé Sociale, 88p, Mars, Genève.
- Castro Leal, F. et al. (2000), « Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? », *Bulletin of the world health organization*, vol. 78, n°1, pp 66-74.
- Davoodi, H. R.; E. R., Tiongsonet S. S., Asawanuchit (2003), « How useful are benefit incidence analyses of public education and health spending ? », *International Monetary Fund*, working paper 03/227.
- Gwatkin, D. R.; S. Rutstein; K. Johnson; E. Suliman; A. Wagstaff et A. Amouzou (2007), *Socioeconomic differences in health, nutrition and population within developing countries – an overview*, Washington D. C., The World Bank.

- Holzmann, R., et S. Jorgensen (2000), « *Gestion du risque social : Cadre théorique de la protection sociale* », Document de travail n°006 sur la protection sociale, Washington D.C., World Bank.
- INS (2007), Annuaire Statistique du Cameroun 2006, Minéfi, Yaoundé, Cameroun.
- INS (2008), Annuaire Statistique du Cameroun 2007, Minéfi, Yaoundé, Cameroun.
- Korpi, W. (1985), « Economic growth and the welfare system: leaky bucket or irrigation system? », *European Sociological Review*, 1, PP. 97-118.
- Letourmy, A. et A. Pavy-Letourmy (2003), « *La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu: Vue d'ensemble, analyse d'expériences et apport au développement social* », Rapport à l'Agence Française de Développement (AFD), Cermes-CNRS, octobre.
- Letourmy, A. (2006), « Assurance maladie: un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone », in *L'assurance maladie en Afrique francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Banque Mondiale, Washington D.C.
- Lucas, R. E. (1988) « On the mechanics of economic development », *Journal of Monetary Economics*, vol. 22.
- Masson, A. (1998), « *Quelle solidarité générationnelle? Etat providence vs entraide familiale* », document de travail, DELTA, n° 98-10.
- MbenaMengue (2004), « *Evolution du système de sécurité sociale au Cameroun* », AISS.
- Mc Kinnon, R. (2007), « Une sécurité sociale dynamique: orienter le changement et élargir la protection », dans *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, vol 60, n° 2-3.
- McKinnon, R. (2009), « The ISSA and dynamic social security: global social governance and local social action », in *Global Social Policy*, vol. 9, n° 1.
- Minsanté (2002), « *Stratégies sectorielles du secteur sanitaire au Cameroun du ministère de la santé publique* », Yaoundé, Cameroun.
- Minsanté (2006), « *La santé en chiffres* », Yaoundé, Cameroun.
- Morrison C., (2002), « Santé, éducation et réduction de la pauvreté », *Cahier de Politique Economique*, n°19, Centre de Développement de l'OCDE, Paris.
- Murray C., et A. Lopez (1999), « *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risks factors in 1990 projected to 2020* », vol. 1, 1999.
- Ndo, J. R. et M. Loudang (2004), « *Accessibilité et déterminants de recours aux médicaments* », in Journées pharmaceutiques internationales de paris, Novembre.
- Ngouana, R. (2009), « *Les mutuelles de santé peuvent-elles améliorer efficacement l'accessibilité financière des travailleurs aux soins de santé de qualité au Cameroun ?* », ISSP-population santé.
- OIT (2002), Sécurité sociale, un nouveau consensus, Rapport, Genève.

- OMS (2004), GTZ/ ILO / KfW / DFID Compendium de rapports de missions techniques sur le développement de l'assurance maladie, Genève.
- OMS (2006), *Rapport 2006 sur la santé dans le monde: Travailler ensemble pour la santé*. Genève ([http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)).
- Ondoua Beyeme, J. P., (2002), « Le système de santé camerounais, rubrique internationale », *adsp*, n° 39.
- Romer, D. (1990), « Endogenous technical change », *Journal of Political Economy*, vol. 98.
- Ron, A. (2008), « *L'extension de la couverture de soins de santé dans les systèmes de sécurité sociale* », rapport de conférence de l'AISS, Forum régional de la sécurité sociale pour l'Afrique, Kigali, Rwanda, 18-21, Novembre, Genève, Association Internationale de la Sécurité Sociale.
- Ron, A (2009), « *Health care as a social security benefit: institutional approaches to extending coverage* », vol 63, n°1, Genève, Association Internationale de la Sécurité Sociale.
- Sigg, R. (2007), « *Introduction : une sécurité sociale dynamique* », dans *Développements et tendances : une sécurité sociale dynamique*, Genève, Association Internationale de la Sécurité Sociale.
- Touré, B. (2001), « *Orientations et perspectives d'extension de la couverture en Afrique* », in *L'avenir de la Sécurité Sociale en Afrique Francophone: perspective de développement, outils de gestion*, Série Africaine, AISS, Documentation de sécurité sociale, n° 23, Abidjan.
- Wagstaff, A.; P. Paci; and R. Van Doorslaer (1991), « On the measurement of inequalities in health », *Social Science and Medicine*, 33: 545-57.