



Open Access Full Text Article

COMMENTARY

Commentaire sur « Mutuelles de Santé et Consommation de Soins de Santé au Cameroun »

Martine Audibert¹

¹CERDI-CNRS, Université d'Auvergne

Correspondence:

Martine Audibert, CERDI-CNRS, Université d'Auvergne, 65 Bd François Mitterrand, 63009 Clermont-Ferrand Cedex 1, France

Email:

martine.audibert@udamail.fr

Article received:

18 November 2016

First response:

24 November 2016

Article accepted:

25 November 2016

La question posée dans le récent article de Awomo Ndongo [1] est celle relative aux comportements d'aléa moral et de sélection adverse des assurés, notamment des mutualistes. L'auteur étudie l'effet des mutuelles sur la consommation de soins et cherche à vérifier si les mutualistes consomment plus de soins que les non assurés (aléa moral) et si les individus qui anticipent un problème de santé grave sont plus enclins à s'assurer (sélection adverse). Utilisant un modèle en deux étapes à la Heckman, il confirme la présence de ces deux types de comportement chez les mutualistes Camerounais. Il montre également que la probabilité d'adhérer à une mutuelle de santé : 1) diminue d'abord avec l'âge puis augmente à partir d'un âge où l'état de santé peut se dégrader, 2) augmente avec le niveau de revenus. Sur la base de ces résultats, l'auteur estime que l'adhésion à une mutuelle satisfait une demande latente où l'assuré consomme davantage de soins que le non assuré jusqu'à recouvrer un bon état de santé, ce qui corrobore le fait que les mutualistes s'estiment en meilleure santé que les non mutualistes.

Le développement de l'assurance maladie et, pour les pays dotés d'un secteur informel trop important, des mutuelles de santé, est un pas vers la couverture universelle. Cette notion, apparue en 2008, a été précisée dans le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur la santé dans le monde 2010 et considère la protection contre le risque financier comme un élément essentiel de cette couverture [2]. Elle a été reprise avec les Objectifs du Développement Durable (ODD) et implique trois dimensions : qui, quoi, à hauteur de ? [3] La première concerne le niveau de couverture de la population et l'engagement de couvrir 100% de la population. La seconde s'intéresse au panier de bénéfices : quels services sont couverts ? La troisième vise la réduction des coûts directs et suit la proportion des coûts couverts.

Mais, l'assurance maladie, notamment au travers des mutuelles de santé, a du mal à s'implanter en Afrique. Les travaux publiés dans les années 2000 relevaient des niveaux très bas de couverture par les mutuelles (moins de 1% de la population) [4]. Une décennie plus tard, la couverture par les mutuelles n'y a que faiblement augmenté alors même que celle de l'assurance maladie reste stable et peu élevée. En 2013, elle était par exemple au Mali d'environ 4% de la population ciblée (contre 10% pour l'assurance obligatoire) [5] et de 1,66% au Togo (contre 4% pour l'assurance obligatoire) [6] ; au Sénégal, elle était de 13,6% en 2012 (contre moins de 20% pour l'assurance obligatoire) [7] ; au Cameroun, elle

était de 1,5% en 2010 [8].

La proportion de la population couverte est l'une des trois dimensions de l'atteinte de la couverture universelle et est à satisfaire en priorité. Si le développement de l'assurance volontaire est considéré comme la solution alternative face à la faible couverture de l'assurance obligatoire, les difficultés rencontrées par les mutuelles de santé pour attirer un plus grand nombre d'adhérents posent cependant la question : 1) de ce qui incite à adhérer ou à ne pas adhérer à une mutuelle de santé, 2) des préférences des individus en termes de produits de santé et/ou de modalités de prise en charge, 3) de la volonté à payer.

Déterminants de l'adhésion

L'adhésion à l'assurance maladie implique d'accepter les principes de partage des risques et de mise en commun des ressources [4,9]. La littérature sur les déterminants de l'adhésion à l'assurance santé relève en premier lieu que la perception du concept d'assurance n'est pas toujours perçue par tous les ménages [10] et que la santé n'est pas toujours considérée par les plus pauvres comme un besoin prioritaire, même s'ils sont particulièrement vulnérables à ce risque. Or la perception du risque, différente selon les individus, influence la décision d'adhérer [4].

Les autres facteurs d'obstacle à l'adhésion les plus fréquemment mis en évidence par la littérature sont le manque de confiance dans les soignants ou dans leur capacité à respecter leurs engagements vis-à-vis des mutualistes, la faible qualité des soins, la distance aux établissements de santé et le revenu [4,10-11].

Préférences des individus

Tenir compte des choix et des préférences des individus en matière d'assurance maladie est un élément clé dans la réalisation des ODD. Les pays à faible revenu ne sont pas les seuls à s'interroger sur les modalités du financement de la santé pour tendre vers, ou maintenir la, couverture universelle.

En Malaisie par exemple, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure,

certain auteurs considèrent que le système de santé, quasi-entièrement financé par les impôts (la part restant à charge ne représente que 2% du coût des services de santé), n'est pas viable à long-terme car la proportion de la population payant des impôts est trop faible (10%). Par ailleurs, la population est encline à préférer les établissements de santé privés, du fait de la longue attente et de la faible qualité des soins dans le public [12]. Se pose alors la question du développement de l'assurance qui pourrait permettre aux usagers d'utiliser les établissements offrant des soins de meilleure qualité. Mais de quel type d'assurance ? En proposant plusieurs scénarii aux personnes interrogées, Shafie et Hassali [12] révèlent leur forte préférence pour une assurance de type communautaire.

L'étude de van den Berg et al. [13] s'inscrit également dans cette perspective. Suite à une enquête menée auprès des assurés des Pays-Bas sur leurs préférences pour le type de produits de santé à couvrir par l'assurance, ils ont conclu, contrairement à ce qu'ils pensaient, que les assurés à faible risque expriment tout autant que les assurés à risque élevé, une préférence pour des produits d'assurance de qualité même s'ils sont plus chers. Ils ont également montré que le prix de l'assurance est un élément de la concurrence entre assureurs et qu'il agit de la même façon que l'assuré soit à risque élevé ou pas. En termes de politique assurantielle, c'est un résultat important car il devrait inciter les assureurs à développer l'offre des produits de qualité sans craindre des problèmes de sélection adverse, ce qui, de plus contribue à l'atteinte de la couverture universelle, par le biais du panier de bénéfices (i.e. dimension 2).

Volonté à payer et capacité contributive

Pour comprendre la faible adhésion à l'assurance santé et proposer des solutions pour en étendre la couverture, un certain nombre de travaux a abordé la question par le canal de la volonté à payer. Au début des années 2000, des auteurs comme Letourmy

et Pavy-Letourmy [9] et Criel et Waelkens [14] estimaient que l'adhésion à une assurance reflétait aussi la capacité contributive et financière des ménages à payer les primes d'assurance.

Une étude menée en Inde [15] montre également que les riches sont prêts à payer des primes plus élevées que les pauvres, mais que les montants représentent un pourcentage plus faible du revenu que ce que les pauvres sont prêts à payer. Montrant que la relation entre revenu et dépenses alimentaires est similaire à la relation entre revenu et volonté à payer pour l'assurance santé, ils en ont déduit que les pauvres considèrent l'assurance santé comme un bien nécessaire.

Dans leur étude sur la Malaisie, Shafie et Hassali [12] se penchent sur les préférences des ménages en ce qui concerne le financement des soins (coût à leur charge, assurance obligatoire, assurance volontaire communautaire), avant d'explorer leur volonté à payer pour l'assurance volontaire communautaire (AVC). Ils trouvent qu'une majorité des Malaysiens (63%) préfèrent l'AVC aux deux autres possibilités, mais que le montant de la prime est un facteur déterminant de l'adhésion à l'assurance et que ce montant dépend du revenu, ainsi que du fait d'être déjà assuré.

Conclusion

Étudier les préférences des individus en matière d'assurance maladie renvoie aussi à leur préférence en termes d'offre de soins. On voit alors que la qualité des soins est un élément constant de la satisfaction des usagers du système de santé tant dans le temps que dans l'espace, dans la mesure où elle reste le déterminant le plus important pour les usagers et patients, tant dans les pays à revenu élevé [13,16] que pour les pays à revenu faible [9].

Le premier constat est que pour pouvoir étendre considérablement la couverture maladie, faudrait-il encore que la qualité des soins (dans le public) s'améliore considérablement dans les pays à faible revenu ou que les assurés aient accès à un panier de soins de qualité lorsque l'offre est

capable de le fournir (établissements privés dont le coût des soins est souvent hors de portée sans assurance).

Le second constat est que le montant des primes est un facteur clé de l'adhésion à une assurance volontaire. Ce résultat rejoint les conclusions déjà établies en 2005 par Letourmy et Pavy-Letourmy [9] sur l'existence d'une volonté à payer, qui était cependant contrainte par le niveau de vie des potentiels adhérents, c'est-à-dire par leur capacité à payer. Des solutions ont cependant été apportées par certains pays comme la Chine, dont le gouvernement central et les collectivités locales contribuent dans des proportions définies au paiement de la prime d'assurance des plus pauvres.

Conflit d'intérêt

Aucun

Références

- [1] Awomo Ndongo JC. Mutuelles de Santé et Consommation de Soins de Santé au Cameroun. *International Journal of Health Preference Research* 2016;1:2-15.
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2010. Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle. OMS: Genève; 2010. Available at: <http://www.who.int/whr/2010/fr/>
- [3] World Health Organization. Health in 2015. From MDGs to SDGs. WHO: Geneva; 2015. Available at: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>
- [4] Defourny J, Failon J. Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques, *Mondes en développement* 2011;1(153):7-26.
- [5] Touré L, Ridde V, Queuille L. Évaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé in Burkina Faso, Mali, and Senegal. 2014. Available at: www.miselimali.org/dl/Root/cay8r-rapport_definitif_mali_janv_14.pdf
- [6] Bignandi P. La protection sociale en santé au Togo. Direction générale de la Protection Sociale. 2014. Available at: <http://coopami.be/fr/countries/countries/togo/projets/2014/pdf/2014050403.pdf>
- [7] Ministère de la santé et de l'action sociale. Plan stratégique de développement de la Couverture Maladie Universelle au Sénégal 2013-2017. MSAS: 2013;125p. Available at: http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/03/2013_03_Ministere_Sante_Senegal-Plan_strategique_dvpt_CMU_2013-2017.pdf

- [8] Nkoa FC, Ongolo-Zogo P. Promouvoir l'Adhésion Universelle aux Mécanismes d'Assurance Maladie au Cameroun. Note d'Information Stratégique (NIS) fondée sur des bases factuelles. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé: Cameroun; 2012. Available at: <http://www.who.int/evidence/sure/FRPBIinsurance.pdf>
- [9] Letourmy A, Pavy-Letourmy A. La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu. Notes et documents. AFD. 2015;26. Available at: <http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/26-notes-documents.pdf>
- [10] Polimeni R, Levine DI. Au-delà de la sélection adverse : déterminants de l'adhésion à un programme d'assurance maladie dans les zones rurales du Cambodge. Série Analyses d'impact. Ex-Post. AFD. 2013;11. Available at: <http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Evaluations/Analyses-impact/11-VF-analyse-impact.pdf>
- [11] Faye A, Amar S, Tal-Dia A. Déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en milieu rural sénégalais. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2016;64(4) :S259
- [12] Shafie AA, Hassali MA. Willingness to pay for voluntary community-based health insurance: Findings from an exploratory study in the state of Penang, Malaysia. *Social Science & Medicine* 2013;96:272-276.
- [13] van den Berg B, van Dommelen P, Stam P, Laske-Aldershof T, Buchmueller T, Schut FT. Preferences and choices for care and health insurance. *Social Science & Medicine* 2008;66;12:2448-2459.
- [14] Criel B, Waelkens MP. Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organisation in Guinea-Conakry (West Africa): what is wrong? *Social Science Medicine* 2003;57(7):1205-1219.
- [15] Binnendijk E, Dror DM, Gerelle E, Koren R. Estimating Willingness-to-Pay for health insurance among rural poor in India by reference to Engel's law. *Social Science & Medicine* 2013;76(1):67-73.
- [16] Park K, Park J, Kwon YD, Kang Y, Noh JW. Public satisfaction with the healthcare system performance in South Korea: Universal healthcare system. *Health Policy* 2016;120(6):621-629.