

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work - Fatherland

**EVALUATION ORGANISATIONNELLE ET  
INSTITUTIONNELLE POUR L'AMELIORATION ET LE  
RENFORCEMENT DU FINANCEMENT DE LA SANTE  
VERS LA COUVERTURE UNIVERSELLE  
AU CAMEROUN**

**RAPPORT OASIS**

Juillet 2016



**Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing**

## TABLE DES MATIERES

LISTE DES ACRONYMES .....	3
EQUIPE DE RECHERCHE.....	6
REMERCIEMENTS .....	7
RESUME EXECUTIF.....	8
INTRODUCTION .....	11
SECTION I : GENERALITES.....	12
CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL.....	12
1.1 Couverture Sanitaire Universelle (CSU).....	12
1.2 Système de financement de la santé.....	13
1.3 Fonctions du financement de la santé .....	13
CHAPITRE 2: CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....	15
2.1 Justification.....	15
2.2 Contexte national.....	15
2.2.1.Contexte démographique .....	15
2.2.2.Situation économique.....	16
2.2.3.Situation de la pauvreté et de la vulnérabilité .....	16
2.2.4.Situation de la protection sociale.....	17
CHAPITRE 3: OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	18
3.1. Objectifs de l'étude .....	18
3.1.1 Objectif général .....	18
3.2. Méthodologie de l'étude .....	18
3.2.1. Le cadre analytique .....	18
3.2.2. Déroulement de l'étude.....	19
CHAPITRE 4: APERCU DU SYSTEME DE SANTE.....	21
4.1. Infrastructures de soins de santé .....	21
4.2. Ressources humaines.....	21
4.3. Autres piliers.....	23
4.4. Indicateurs de santé et résultats du système de santé .....	25
4.4.1. Accessibilité géographique.....	25
4.4.2. Utilisation des services de santé .....	25
4.4.3. Indicateurs de santé .....	25
4.5. Synthèse et défis du système de santé.....	26
SECTION II : ANALYSE INSTITUTIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE ACTUEL.....	28
CHAPITRE 5: APERCU DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE ET DES DEPENSES DE SANTE .....	28
5.1. Principaux acteurs impliqués dans le financement de la santé .....	28
5.2.1. Dispositifs publics.....	32
5.2.1.1. Programmes de sécurité sociale .....	32
5.2.1.2. Politiques de gratuité et subvention .....	32
5.2.2. Dispositifs privés.....	34
5.2.2.1. Les mutuelles de santé .....	34
5.2.2.2. Les assurances commerciales .....	35
5.2.2.3. Services de santé offerts par l'employeur .....	35
CHAPITRE 6 : ANALYSE DES FONCTIONS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ.....	36
ACTUEL.....	36
6.1. Collecte des fonds .....	36
6.1.1. Recettes fiscales .....	36

6.1.2. Cotisations sociales et primes.....	37
6.1.3. Paiements directs des ménages .....	39
6.2. Mise en commun des fonds et degré de fragmentation .....	39
6.2.1. Mise en commun des fonds mobilisés par l'Etat .....	39
6.2.2. Mise en commun des fonds par un mécanisme assurantiel .....	40
6.3. Achats des prestations .....	42
6.3.1. Cadre organisationnel et mécanismes de paiement des prestataires .....	42
6.3.2. Paniers de soins couverts .....	47
6.3.5. Rapports entre prestataires de soins et agents de financement.....	48
6.3.6. Gestion et suivi des demandes .....	48
6.3.7. Gestion de la qualité.....	49
6.3.8. Consommation rationnelle des soins .....	49
CHAPITRE 7 : GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE DE LA SANTÉ .....	51
7.1. Structures de gouvernance et d'administration .....	51
7.1.1. Financement par l'impôt .....	51
7.1.2. Système de sécurité sociale (CNPS) .....	52
7.1.3. Assurance-maladie privée.....	52
7.1.4. Assurance maladie à base communautaire .....	53
7.1.5. Mutuelle de santé des fonctionnaires.....	53
7.1.6. Services de santé financés par l'employeur (hors CNPS) dans le secteur privé et parapublic ..54	
7.1.7. ONG et partenaires techniques et financiers .....	54
7.1.8. Initiatives officielles des Elus du peuple dans le cadre de leurs missions .....	54
7.1.9. Initiatives personnelles des Elus du peuple, Elites et donateurs divers.....	55
7.2. Régulation et suivi des prestataires de soins .....	55
7.3. Système d'information sanitaire et outils de gestion et de prise de décision.....	56
SECTION III : EVALUATION DE LA PERFORMANCE ET PERSPECTIVES .....	57
CHAPITRE 8 : PERFORMANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	57
8.1. Mobilisation des ressources .....	57
8.2. Niveau de couverture de la population.....	58
8.3. Niveau de mise en commun dans le système de financement de la santé .....	59
8.4. Degré de protection contre le risque financier .....	60
8.4.1. Ratio de prépaiement .....	60
8.4.2. Paiements directs des usagers et dépenses catastrophiques.....	60
8.5. Niveau d'équité du financement de la santé .....	61
8.6. Efficience du système.....	61
8.6.1. Niveau d'efficacité opérationnelle.....	61
8.6.2. Niveau d'efficacité administrative .....	61
CHAPITRE 9 : PERSPECTIVES .....	62
9.1. Synthèse des acquis et défis.....	62
9.1.1. Les acquis .....	62
9.1.2. Les défis majeurs .....	62
9.2. Pistes de réformes proposées.....	63
9.3. Prochaines étapes.....	66
CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE .....	68

## LISTE DES ACRONYMES

ACV:	Agence de Contractualisation Vérification
AFD :	Agence Française de Développement
ALUCAM:	Aluminium du Cameroun
ARV :	Antirétroviraux
ATMP :	Accidents du Travail et Maladies Professionnelles
BUCREP :	Bureau Central du Recensement et d'Etude de la Population
CAA:	Caisse Autonome d'Amortissement
CAMRAIL:	Cameroon Railways
CAMTEL:	Cameroon Telecommunications
CAPR:	Centre d'Approvisionnement Régional
CDC:	Cameroon Development Cooperation
C2D :	Contrat Désendettement Développement
CENAME:	Centrale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
CEPCA:	Conseil des Eglises Protestantes du Cameroun
CHAI:	Clinton Health Access Initiative
CIEP :	Conférence Interministérielle d'Examen des Programmes
CIMA:	Conférence Interafricaine des Marchés de l'Assurance
CNPS:	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS:	Comptes Nationaux de la Santé
CSU :	Couverture Santé Universelle
CTD:	Collectivité Territoriale Décentralisée
DGSN:	Délégation Générale à la Sureté Nationale
DQS :	Data Quality Self-assessment
ECAM :	Enquête Ménage
EDS:	Enquête Démographique et de Santé
FALC:	Fondation Médicale Ad Lucem au Cameroun
FRPS:	Fonds Régional de Promotion pour la Santé
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
INS :	Institut National de la Statistique
LANACOME:	Laboratoire National de Contrôle de qualité des Médicaments et d'Expertise
MICS:	Multiple Indicators Choice Survey
MINAS:	Ministères des Affaires Sociales
MINEDUB:	Ministère de l'Education de Base
MINEPAT:	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire

MINESEC:	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP:	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI:	Ministère des Finances
MINSANTE :	Ministère de la Santé Publique
MINTSS:	Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
MTN:	Maladies Tropicales Négligées
OASIS:	Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing
OCASC:	Organisation Catholique pour la Santé au Cameroun
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PBF:	Performance Based Financing
PEV:	Programme Elargi de Vaccination
PIB:	Produit Intérieur Brut
PME :	Petite et Moyenne Entreprise
PTF:	Partenaires Technique et Financiers
PTME :	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH :	Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
RHS :	Ressources Humaines en Santé
SFS :	Système de financement de la santé
SNI:	Société Nationale d'Investissement
SODECOTON:	Société de Développement du Coton du Cameroun
SONEL:	Société Nationale d'Electricité du Cameroun
SQI:	Systemic Quality Improvement
SSS:	Stratégie Sectorielle de Santé
SWAP :	Sector Wide Approach
SYNAME:	Système National d'Approvisionnement en Médicaments
TPI :	Traitement Préventif Intermittent
UNFPA:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNITAID:	International facility for the purchase of drugs against HIV/Aids, malaria and tuberculosis
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

- Tableau 1 : Statistiques des formations sanitaires au Cameroun
- Tableau 2: Répartition des ressources humaines en santé par région
- Tableau 3 : Enjeux significatifs et défis majeurs du secteur santé pour la réduction de la pauvreté
- Tableau 4 : Budget alloué au secteur santé en 2015
- Tableau 5 : Contribution totale des partenaires par programme
- Tableau 6 : Taux de cotisations des branches ATMP et prestation sociales CNPS
- Tableau 7 : Montant des cotisations dans les mutuelles de santé
- Tableau 8 : Taux d'exécution (basé sur les engagements) du budget MINSANTÉ 2015
- Tableau 9 : Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau
- Tableau 10 : Domaines régulés et non régulés
- Tableau 11 : Indicateurs de performance du système de financement de la santé 2010-2014
- Tableau 12: Indicateurs spécifiques pour les dispositifs d'assurance maladie
- Tableau 13 : Niveau de couverture de la population
- Tableau 14 : Niveau de couverture par quintile de population
- Tableau 15 : Niveau de dépenses en santé par quintile de dépense de consommation du ménage
- 
- Figure 1 : Dimension à considérer lors de la progression vers la couverture universelle
- Figure 2 : Illustration des fonctions du financement de la santé
- Figure 3 : Schéma du cadre d'analyse du système de financement de la santé
- Figure 4 : Structuration du financement de la santé au Cameroun
- Figure 5 : Evolution du budget alloué au MINSANTE depuis 2008
- Figure 6 : Couverture par une mutuelle de santé en 2009
- Figure 7 : Evolution du budget alloué au secteur de la santé

## EQUIPE DE RECHERCHE

**Supervision Générale : M. André MAMA FOU DA**

Ministre de la santé publique

**M. Alim HAYATOU**

Secrétaire d'Etat à la Santé Publique

**Coordination Générale : Pr. Sinata KOULLA SHIRO**

Secrétaire Général du Ministère de la Santé publique

**Equipe de Recherche :**

- **Dr. Marlise LOUDANG**  
Inspecteur Général des Services Pharmaceutiques et des Laboratoires /MINSANTE
- **Pr Samuel KINGUE**, Conseiller Technique /MINSANTE
- **Dr Pauline NDAM** , Inspecteur des Services /MINSANTE
- **Dr BEJANGA WAAH**, Inspecteur des Services /MINSANTE
- **Dr Bernard CHEUMAGA**, Directeur de la Promotion de la Santé/MINSANTE
- **Mme Gernique BOUBA**, Directeur de la Sécurité Sociale/MINTSS
- **Pr Pierre ONGOLO**  
Directeur du Centre de Recherche pour les Bonnes Pratiques en Santé/MINESUP
- **Dr Virginie OWONO LONGANG**  
Sous-directeur de la Prévention et de l'Action Communautaire/ MINSANTE
- **Dr Flaubert FOUAKENG**, Chef de Service de la Mobilisation Sociale/DPS /MINSANTE
- **Dr Valery NZIMA**, Cadre à la Stratégie Sectorielle de la Santé /MINSANTE
- **M. Eric FONKOUA**, Chargé d'Etude Assistant /DCOOP /MINSANTE
- **M. Francis MBARGA**, Cadre à la Direction Générale du Budget/ MINFI
- **Mme Marie TSAFACK**, Cadre /DPS/MINSANTE
- **M. Nasser BANGAI**, Cadre/DPS/MINSANTE
- **M. Gervais MBENG**, Cadre/ MINTSS
- **Oscar AKUNDA**, Chargé d'Etude Assistant/ DCOOP/MINSANTE
- **M. Isaac BISSALA**, Président Union Général des Travailleurs du Cameroun
- **Dr Roberto TALONGWA**, Plan International Cameroun
- **Dr Dorothy ACHU**, CHAI
- **Alice RAYMOND**, CHAI
- **Josselin GUILLEBERT**, MINSANTE/GIZ
- **Dr Etienne NNOMZO'O**, OMS
- **Dr Léonard MBAM MBAM**, OMS
- **Dramane BATCHABI**, BIT

## REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé dans le cadre du processus de mise en place du système de Couverture Universelle en Santé au Cameroun, pour l'amélioration de l'accès aux soins et services de santé de qualité pour la population et davantage pour les plus vulnérables.

Il a bénéficié du concours d'une dynamique équipe d'experts nationaux et internationaux qui y ont contribué dans un processus participatif et apprenant, favorable au renforcement de capacité des acteurs dans le financement de la santé vers la Couverture Santé Universelle,

Nos remerciements à Monsieur le Ministre de la santé publique pour l'opportunité et la confiance accordées à notre équipe.

Merci à nos partenaires techniques et financiers : BIT, OMS, GIZ, CHAI, BM, et PLAN.

Merci à Monsieur Dramane BATCHABI, Expert en Protection sociale, pour l'appui technique qui a été nécessaire à la réalisation de cette étude.

## RESUME EXECUTIF

Le présent document est un état des lieux du système de financement de la santé au Cameroun, un travail inscrit dans le processus d'élaboration d'une stratégie cohérente du financement vers la Couverture Santé Universelle (CSU) dans lequel le pays s'est engagé afin d'assurer l'accès universel de tous à des soins et services de santé de qualité sans être exposés à des risques financiers.

Il est le résultat du travail d'un pool d'acteurs multisectoriels avec l'appui de partenaires techniques et financiers. Ce travail a fait l'objet d'un atelier de validation technique au mois de juin 2016.

La démarche s'est basée sur l'outil d'analyse institutionnelle et organisationnelle et d'évaluation de la performance du financement de la santé appelé OASIS. Cette méthode guide et structure une analyse du cadre institutionnel et organisationnel du financement de la santé pour en identifier les forces et surtout les faiblesses et établir un diagnostic de performance.

L'analyse a été effectuée sur la base d'entretiens avec les principaux acteurs du système de santé et d'une revue d'études/rapports et textes législatifs relatifs au financement de la santé et à la protection sociale au Cameroun.

### Principaux résultats et recommandations

Le système de financement de la santé au Cameroun présente les caractéristiques suivantes :

#### **Ressources financières allouées à la santé**

Au Cameroun, la dépense totale de santé s'élève à 728.1 milliards FCFA (CNS 2012), soit une dépense totale de santé par habitant de 67 \$. Cet indicateur est relativement élevé et relativement proche de la norme de 86\$ pour l'atteinte de la CSU (McINTYRE & MEHEUS, 2014), comparé aux autres pays d'Afrique subsaharienne. Cependant, elle est marquée par un taux très élevé de la contribution des ménages par paiement direct (70%).

La part du budget de l'Etat alloué à la fonction santé oscille entre 7 et 9% depuis 2011. Cette proportion est en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé.

#### **Couverture en santé**

Seulement 6.46 % de la population camerounaise est couverte par un mécanisme de protection sociale en santé. Ceci indique que la majorité de la population ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier et continue de supporter les dépenses directes de santé à travers le paiement direct des soins.

### **Mutualisation des ressources**

Aujourd'hui de nombreux mécanismes de financement et de couverture du risque maladie tendent à améliorer l'accès aux soins, mais l'analyse montre leur forte fragmentation. En effet, différents dispositifs de « gratuité » cohabitent, chacun orienté vers une catégorie donnée de la population, sans aucune articulation. Cette fragmentation limite la solidarité avec des faiblesses évidentes de redistribution des ressources entre mécanismes et entre les populations cibles. Au niveau des mécanismes assurantiels, on note un partage de risque à très faible échelle du fait de leur faible pénétration et/ou de la faible capacité contributive des bénéficiaires.

Il s'avère donc indispensable de rechercher le pool maximal, ceci dans le cadre de la lutte contre la fragmentation à travers un mécanisme de coordination de l'ensemble des mécanismes de prise en charge et/ou un fonds intégré de couverture maladie.

### **Degré d'équité dans le financement de la santé**

La question de l'équité se pose dans l'allocation des ressources publiques dont le montant est déterminé en partie de manière "historique" ou égalitaire et non liée aux besoins, ni sur des critères objectifs, ce qui contribue à l'aggravation des disparités régionales.

- 33% des dépenses publiques de santé sont captées par les fonctions administratives;
- les subventions aux hôpitaux ne tiennent pas compte explicitement ni de l'activité, ni de la performance (efficience, qualité) ;

Le mode actuel de gestion ne favorise pas toujours la redevabilité et la transparence.

Il apparaît donc nécessaire d'introduire un achat stratégique à travers une révision des mécanismes d'allocation des budgets aux régions et districts sanitaires ainsi qu'aux institutions publiques pour tenir compte de critères objectifs, comme la taille de la population cible, le taux de pauvreté, les infrastructures, le niveau d'activités, etc.

### **Efficacité et efficience des systèmes**

L'efficacité des divers mécanismes de financement mis en œuvre au Cameroun est sujette à des interrogations. Le mode de fonctionnement des programmes de gratuité (fragmentation, difficultés de ciblage, insuffisance des ressources) ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins des populations cibles. La fragmentation pose aussi la question de l'efficacité administrative et de l'efficience dans l'utilisation des ressources (duplication des fonctions administratives, frais administratifs afférents élevés, faiblesse du suivi et du contrôle de gestion).

Au niveau des mécanismes de prépaiement, le coût administratif reste très élevé : il est de 42% dans les mutuelles de santé et se situe à 33% dans les assurances privées. Ces structures ne sont donc pas efficaces.

## **Achat des prestations**

L'achat de services de santé se fait par trois grands acteurs : i) les ménages qui sont les premiers acheteurs de soins au Cameroun à travers les paiements directs et les tickets modérateurs ; ii) le MINSANTE qui exerce sa fonction d'achat à travers les règles d'allocation budgétaire en vigueur et; iii) les mutuelles de santé et assurances privées qui jouent le rôle d'acheteur de soins auprès des prestataires publics ou privés par un ensemble de procédures et/ou mécanismes de paiement, de contractualisation et de contrôle médical.

La pratique du paiement à l'acte, relevée comme principale mécanisme de paiement des prestations en vigueur, peut inciter à des abus en matière de consommation et dans la prescription des soins.

Partant des considérations ci-dessus, il est envisagé d'améliorer surtout l'efficience dans l'utilisation des ressources à travers : i) l'instauration des mécanismes de paiement mixtes, ii) une rémunération sur la base d'une meilleure connaissance des coûts réels, iii) l'incitation à la performance des prestataires de soins.

## **Conclusion et Perspectives**

Il ressort globalement de cet état des lieux qu'en matière de protection sociale en santé au Cameroun, il existe une diversité de mécanismes de financement et dispositifs de couverture du risque maladie, témoignant ainsi d'un engagement de l'Etat à offrir une couverture sanitaire aux populations et à réduire le poids financier de la maladie. Cependant, il a été relevé que les volumes financiers sont trop peu élevés, que les agencements du financement sont multiples sans véritable cohérence systémique, et que la performance en termes d'efficacité, d'équité et d'efficience n'est pas optimale. Les défis liés à l'équité, à l'extension de la couverture et à la pérennité du système de financement de la santé demandent des réponses et l'élaboration d'un cadre cohérent pour la réforme du système de financement permettant d'une part, de progresser vers la couverture universelle et, d'autre part, d'améliorer la performance du système de santé camerounais.

Afin d'aboutir dans les meilleures conditions à cette stratégie de financement de la santé vers la couverture universelle, les sujets ci-après ont été proposés pour des travaux d'approfondissement.

- L'élaboration d'une architecture cohérente du système de couverture universelle en santé ;
- La définition d'un panier de soins et services de santé de base à garantir à l'ensemble de la population et soutenable par la solidarité nationale ;
- La réalisation de l'étude sur l'espace fiscale pour la CSU notamment l'identification des mécanismes de financements innovants et leur faisabilité.

## INTRODUCTION

Au Cameroun, l'action de l'Etat dans le domaine de la santé est encadrée par la Loi N°96/03 du 4 Janvier 1996 portant Loi Cadre dans le domaine de la santé, notamment à travers la politique nationale de santé, qui a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé.

Dans sa marche vers l'émergence, le Cameroun a défini des orientations stratégiques dans le Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi parmi lesquelles les stratégies de développement du secteur social qui ont pour but d'améliorer les conditions de vie des populations, mais aussi de disposer d'un capital humain solide, capable de soutenir la croissance économique. L'amélioration de l'état de santé des populations demeure donc à la fois un objectif de développement social et de croissance économique. Cet objectif décliné dans la Stratégie Sectorielle de Santé, vise essentiellement l'accès universel aux services et aux soins de santé de qualité à travers l'amélioration de l'offre et le financement de la demande. La vision du secteur santé étant : *« Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés »*.

Plusieurs déclarations et dispositions internationales ont depuis quelques années positionnées le financement de l'accès aux soins de qualité pour tous comme une priorité mondiale. Il s'agit de la Déclaration politique de Mexico sur la Couverture Sanitaire Universelle adoptée en avril 2012, de la Déclaration de Bangkok sur la Couverture Sanitaire Universelle de janvier 2012, de la Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé, adoptée en juillet 2012 et la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies, du 12 décembre 2012 qui invite instamment les gouvernements à accélérer la transition vers l'accès universel à des services de santé de qualité et abordables. La Couverture Universelle en Santé occupe une place prioritaire dans l'agenda des Objectifs de développement durable définis en 2015 en son objectif 3, cible 8 qui veut : *« Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable »*.

Le Cameroun est engagé dans cette démarche et a démarré le processus de réflexion et de concertation nationale à l'effet de mettre en place un système de Couverture Universelle. Pour y parvenir des études et analyses sont nécessaires pour avoir une vue de la situation actuelle du financement de la santé dans le pays, parmi lesquels *l'évaluation institutionnelle et organisationnelle pour améliorer et renforcer le financement de la santé*, dont le sigle en anglais est « OASIS ».

## SECTION I : GENERALITES

### CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL

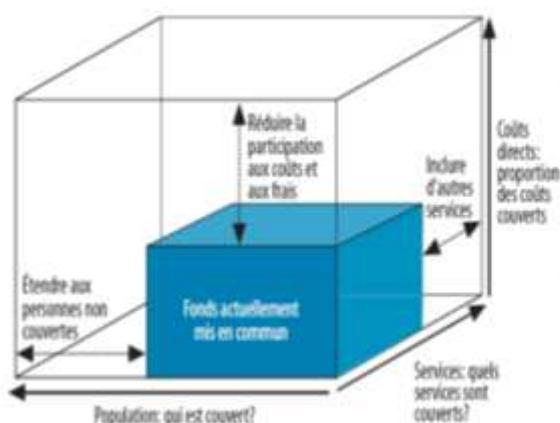
La compréhension de l'analyse du système de financement de la santé fait appel à un certain nombre de concepts clés qu'il est important de rappeler ici.

#### 1.1 Couverture Sanitaire Universelle (CSU)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la CSU comme un concept qui consiste à « *Veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers* ». Cette définition tire ses racines d'une part de la Constitution de l'OMS adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et d'autre part de la stratégie mondiale de la santé pour tous lancée en 1979.

Dans cet ordre d'idées, trois dimensions sont à considérer lors de la progression vers la CSU. Il s'agit notamment de :

- La largeur de la couverture (qui est couvert ?) ;
- La profondeur de la couverture (quels services sont offerts ?) ;
- La hauteur de la couverture (à quels coûts ?).



- **QUI (Largeur de la couverture):**  
L'ensemble de la **population**, y compris les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables
- **QUOI: (Profondeur de la couverture) :**  
L'éventail complet des **services de santé essentiels**, y compris la prévention, les traitements, les soins hospitaliers et la prise en charge de la douleur.
- **COMMENT (hauteur de la couverture):**  
**Les coûts** ne sont pas seulement à la charge des malades mais sont supportés par l'ensemble de la population par le biais du prépaiement et de la mise en commun des risques. L'accès doit dépendre des besoins, pas de la capacité de payer,

Figure 1: Dimensions à considérer lors de la progression vers la couverture universelle

La CSU suppose l'équité aussi bien dans le financement de la santé (contribution selon la capacité contributive), que dans l'accès aux soins (accès aux soins selon les besoins).

Au Cameroun, la Couverture Sanitaire Universelle est perçue par les pouvoirs publics comme un enjeu de société, ou la mise en œuvre d'une solidarité nationale pour une meilleure cohésion sociale.

## 1.2 Système de financement de la santé

Le système de financement renvoie à l'ensemble des dispositifs mis en place dans la gestion des flux financiers. Il s'intéresse aussi bien au financement qu'aux flux financiers avec un accent sur la cohérence desdits dispositifs.

## 1.3 Fonctions du financement de la santé

Le cadre analytique utilisé pour décrire le système de financement de la santé repose sur trois fonctions essentielles à savoir : la collecte des ressources (levée des fonds), leur mise en commun et l'achat des prestations. A ces trois fonctions s'ajoute la gouvernance du système.

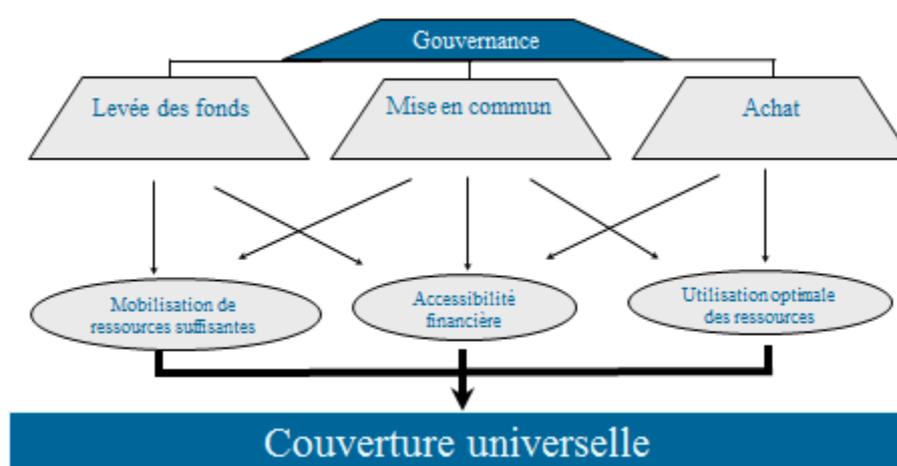


Figure 2: Illustration des fonctions du financement de la santé.

Source : Inke Mathauer/HQ/OMS (2010)

### Collecte des fonds

L'objectif principal de la mobilisation de ressources est de rechercher des financements suffisants et pérennes. Il s'agit notamment de répondre aux questions suivantes :

- Par quels mécanismes de financement les ressources sont mobilisées ?
- Combien est mobilisé ?
- Quelles sont les agences responsables de la collecte des ressources ?
- Quels sont les bénéficiaires de ces ressources relativement aux différentes sources de financement ?
- Quelles sont l'efficacité et l'efficience des mécanismes de la mobilisation des ressources ?
- Quelles sont les performances du système de collecte?

### **Mise en commun des ressources**

La mise en commun des fonds est le levier central du financement de la couverture sanitaire universelle pour assurer l'équité, l'accès et l'utilisation des services. Elle renvoie aux dispositifs par lesquels les fonds prépayés sont accumulés pour le compte d'une partie ou de toute la population. Il est donc important de comprendre la distribution des dispositifs relatifs à la mise en commun des fonds entre les administrations centrales et locales, l'assurance maladie et les flux d'autres programmes verticaux.

### **Achat des services**

L'efficacité dans l'allocation des ressources et leur utilisation déterminent la manière dont le pays effectue les dépenses de santé. Celles-ci permettent d'apprécier les mécanismes d'achat par lesquels les ressources sont transférées aux prestataires pour les services de santé qu'ils fournissent.

L'achat de services prend en compte : l'allocation des ressources, les mécanismes de paiement et la gestion des motivations financières à la fois des prestataires de services et des utilisateurs.

## CHAPITRE 2: CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

### 2.1 Justification

Malgré les efforts du Gouvernement et de ses Partenaires au Développement pour améliorer la santé des populations, plusieurs problèmes de santé publique restent préoccupants à l'instar de la mortalité maternelle (728‰), néonatale (28‰) et infanto juvénile (103‰), la malnutrition chronique chez les enfants de 0 à 5 ans (31,7%). En effet, plusieurs des indicateurs y relatifs se sont très peu améliorés voire dégradés pour d'autres au cours des dix dernières années. Le profil épidémiologique en termes de mortalité reste dominé par les maladies infectieuses, tandis que les cancers et les maladies cardiovasculaires sont en expansion, avec des disparités significatives suivant le sexe, le statut socio économique (1) et le milieu de vie (rural, urbain).

Les analyses révèlent qu'en 2013, le Cameroun a alloué seulement 0,2 % de son PIB aux filets de protection sociale<sup>1</sup>(2). Cette faible performance a justifié l'élaboration en 2014 d'un document de Stratégie Nationale pour l'Extension de la Protection Sociale (SNEPS), avec entres autres objectifs principaux la mise en place de la couverture maladie de base à accès universel. Dans cet ordre d'idées, la Conférence Interministérielle d'Examen des Programmes (CIEP) de 2015 a recommandé le développement d'une stratégie pour l'implémentation de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Cameroun. (3). Il s'agit de garantir de manière progressive, à toute la population un accès aux soins de santé de qualité, sans que personne ne soit exposé au risque financier. A ce titre, un examen du système de financement de la santé s'avère nécessaire pour évaluer le fonctionnement et les performances actuels. Cette mission a été assignée à une équipe d'experts nationaux avec l'appui technique des Partenaires au Développement.

Le présent document constitue le rapport de ce travail qui évalue outre la mobilisation des ressources, la mutualisation des financements et des risques, l'achat des prestations, ainsi que l'efficacité et l'équité dans la demande et l'offre des soins. Cette analyse détaillée a permis d'explorer et de proposer des options et des changements adéquats à apporter pour améliorer la performance du système de financement et tendre vers la Couverture Universelle en Santé.

### 2.2 Contexte national

#### 2.2.1. Contexte démographique

Selon les projections du BUCREP, la population du Cameroun était estimée à 21 917 602 en 2015. Le taux d'accroissement de la population était de 2,6% entre 2005

---

<sup>1</sup> Les filets de protection sociale se regroupent en six grandes catégories: transferts monétaires inconditionnels, programmes de travaux sociaux à haute intensité de main d'œuvre, interventions d'urgence, programmes de cantine scolaire, programmes de nutrition, et exonération de paiement pour les services essentiels.

et 2010. À ce rythme, la population devrait atteindre 36 millions habitants en 2035. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population nationale. Les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%). En 2010, 52% de la population totale vivaient en milieu urbain. Par ailleurs, la population du Cameroun est jeune (43,6% ont moins de 15 ans) et seulement 5,5% de celle-ci avait 60 ans ou plus.

Près de deux camerounais sur trois (69,7%) étaient considérés comme actifs, avec 90,5% d'entre eux exerçant dans le secteur informel (4).

Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique car la fécondité y est encore élevée. Une telle croissance démographique entraîne un ratio de dépendance élevé (environ 95%) et une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation, la santé, l'accès à l'énergie, à l'eau potable, la sécurité alimentaire et la sécurité foncière (5).

### **2.2.2. Situation économique**

En 2014, le PIB du Cameroun était estimé à 15 846 milliards de francs CFA avec un taux de croissance annuel de 5,9% et un taux d'inflation de 1,9%. Le PIB réel par habitant, estimé à 445 161 en 2001 avec un taux de croissance de 4,5%, a progressivement augmenté pour atteindre 521 538 francs CFA en 2014 avec un taux de croissance de 5,9% (6). Les projections estiment le taux de croissance annuel moyen à 6,3% entre 2015 et 2017(7).

La dépense moyenne annuelle de consommation par ménage (indicateur proxy pour le revenu du ménage) en 2014 était de 2 145 850 FCFA et oscillait entre 611 686 FCFA et 5 315 826 FCFA respectivement pour le 1<sup>er</sup> et 5<sup>ème</sup> quintiles (8). Les plus pauvres contribuaient à hauteur de 6,8% (Q1) dans les dépenses totales contre 45,9% pour les riches (Q5), avec un ratio Q5/Q1 d'environ 10 contre 7 en 2014.

### **2.2.3. Situation de la pauvreté et de la vulnérabilité**

En 2010, 70% de la population étaient en situation de sous-emploi global, c'est-à-dire travaillaient involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale de 35 heures, ou gagnaient moins que le SMIG horaire.

Le taux net de scolarisation au niveau primaire (personnes de 6 à 11 ans) est resté autour de 80% entre 2005 et 2010. Le taux d'alphabétisation des personnes de 15 ans ou plus était estimé à 71% en 2010 (55% chez les femmes) (5).

L'ECAM 4 révèle qu'en 2014, près de deux personnes sur cinq (37,5%) vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%) (8).

Sur le plan social, le Cameroun est un pays à faible niveau de développement humain avec un IDH de 0,512 et une espérance de vie à la naissance de 55,5 ans (PNUD, 2015). Ainsi, il occupait le 153<sup>ème</sup> rang mondial en matière de développement humain (PNUD, 2015), avec un accroissement des inégalités de 13% entre 2007 et 2014 (8).

#### **2.2.4. Situation de la protection sociale**

Le système d'assurance sociale du Cameroun est composé de deux types de régimes :

- Le régime général de sécurité sociale destinée aux travailleurs régis par le code du travail

Il est géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui couvre six risques sur neuf à travers trois branches sur cinq (Norme N°102 de l'OIT) :

- les accidents de travail et les maladies professionnelles ;
- les prestations familiales ;
- les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.
- En 2011, sur une population active estimée à 8,4 millions, seuls 580 200 personnes étaient couvertes, ce qui correspond à un taux de couverture relativement bas de 7% (9). Les données disponibles montrent qu'en 2009, la CNPS a versé 7.4 milliards de FCFA d'allocations familiales pour environ 307102 enfants et 47.8 milliards de FCFA de pensions de vieillesse à environ 109 000 personnes.
- 
- Le régime général des fonctionnaires/agents de l'Etat et des régimes spéciaux

Ce régime concerne le personnel de la Fonction Publique, et ceux régis par les statuts particuliers ainsi que les membres de certaines institutions ; ils sont gérés directement par le Ministère des Finances. Les données disponibles montrent qu'en 2009, le MINFI a versé 24 milliards d'allocations familiales et 104 milliards de pensions vieillesse à environ 96792 personnes. (10).

Le Cameroun ne dispose pas de système d'assurance maladie ou de système de Couverture Santé pour l'ensemble de la population, ni pour les secteurs formels et informels. Pour pallier à ce déficit, un système de mutuelles d'assurance santé s'est développé, ainsi que quelques programmes dispersés à travers le pays. Le nombre de mutuelles d'assurances santé a évolué de 9 à 158 entre 2000 et 2009. Celles-ci couvraient 2% de la population en 2009 (BIT 2010).

En plus de ces dispositifs, il existe des programmes et des initiatives très limités en couverture, dédiés à des cibles ou des maladies spécifiques.

## CHAPITRE 3: OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

### 3.1. Objectifs de l'étude

#### 3.1.1 Objectif général

L'objectif général est d'évaluer le système de financement de la santé du Cameroun et proposer des options et changements à apporter pour améliorer les performances.

#### 3.1.2 Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement il s'agit :

- d'examiner le système de financement de la santé et mettre en évidence ses forces et ses faiblesses;
- d'évaluer les performances du système de financement de la santé et des dispositifs de financement spécifiques au moyen d'indicateurs;
- de déterminer pourquoi les performances du système sont insuffisantes, en identifiant les obstacles au niveau des arrangements institutionnels et des pratiques organisationnelles;
- de définir des options et des changements appropriés au niveau des arrangements institutionnels et des pratiques organisationnelles, afin d'améliorer les performances du système de financement de la santé et de parvenir à la couverture universelle de santé.

### 3.2. Méthodologie de l'étude

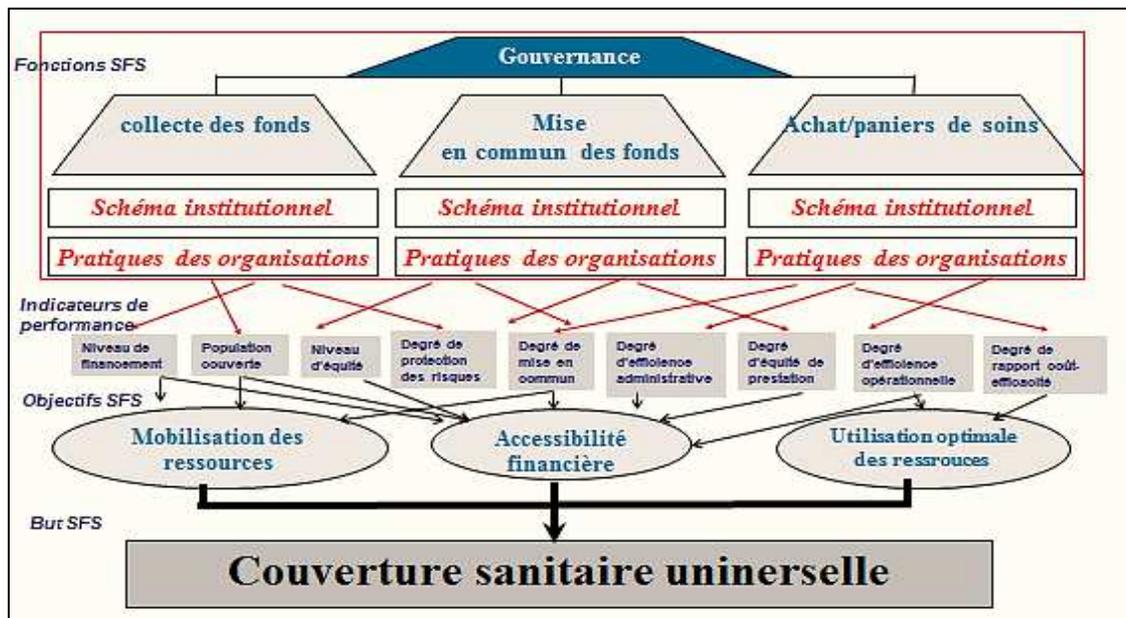
#### 3.2.1. Le cadre analytique

L'ensemble des analyses et réflexions faites pendant cette revue du système de financement de la santé au Cameroun suivent une logique basée sur l'approche et le cadre conceptuel de l'outil OASIS développé par l'OMS comme illustrée par la figure 3 ci-dessous.

C'est une approche analytique qui peut être utilisée de manière flexible pour analyser systématiquement les forces et les faiblesses d'un système de financement de la santé, ainsi que pour identifier les possibilités d'améliorer les performances du système, dans l'optique de parvenir à la couverture universelle en santé.

L'approche OASIS comporte 3 grandes étapes :

- un aperçu du système de financement de la santé, incluant une évaluation des performances;
- une analyse plus détaillée des arrangements institutionnels et des pratiques organisationnelles;
- et enfin l'identification des options et des changements nécessaires pour améliorer le financement de la santé.



**Figure 3 : Schéma du cadre d'analyse du système de financement de la santé**

Source : Inke Mathauer/HQ/OMS (2010)

Comme le montre le graphique ci-dessus, les fonctions du financement sont concrétisées par les arrangements institutionnels et par les pratiques des organisations qui par ailleurs sont déterminants pour l'atteinte des indicateurs de performance en matière de financement de la santé et pour le progrès vers la couverture universelle.

La logique suivie a été de faire une analyse critique du cadre institutionnel et organisationnel des trois principales fonctions du financement de la santé à savoir : la collecte des fonds, la mise en commun de ceux-ci et l'achat des prestations, ainsi que la gouvernance ; en identifiant les différentes contraintes pouvant expliquer les insuffisances constatées. Il s'est agi également d'établir un diagnostic de performance et de faire des propositions pour améliorer la performance de ce système de financement avec comme but final l'atteinte de la couverture universelle.

### 3.2.2. Déroulement de l'étude

Plusieurs phases ont ponctué ce travail réalisé de manière participative avec une équipe nationale multisectorielle et l'appui des Partenaires Techniques et Financiers.

#### Phase 1 : Travail préparatoire

Ce travail préparatoire a consisté principalement en :

- la formation sur l'outil méthodologique OASIS de l'équipe de recherche ;
- la constitution de groupes de travail (cinq groupes thématiques de 3 à 4 personnes ont été mis en place pour la collecte des données en vue de renseigner les tableaux de la composante 1 de l'outil OASIS) ;

Groupe 1 (I)	Informations de base du pays et vue d'ensemble du système de la santé
Groupe 2 (II+III+IV)	Mobilisation des ressources + Ressources externes pour la santé et coordination des partenaires au développement + Mise en commun
Groupe 3 (V)	Achats et mécanismes de paiement des prestataires de soins + (X) Autres informations : Evaluation de la performance du système de financement de la santé
Groupe 4 (VI+ VII)	Panier de soins + Gestion des fonds
Groupe 5 (VIII + IX)	Gouvernance et administration + Indicateurs de performance du financement de la santé.

- La conduite par une équipe restreinte d'entretiens semi-structurés auprès des informateurs clés afin de compléter et de valider les données déjà collectées par les groupes thématiques. Il s'agissait de discuter de la pratique actuelle en matière de collecte des ressources, de mise en commun, d'achat, de détermination du paquet de soins et des questions de gouvernance.

## Phase 2 : Phase analytique

L'équipe d'analyse a été constituée de 10 personnes issues des équipes de collecte de données et choisies pour leur disponibilité, leur capacité d'analyse/rédaction et/ou leur connaissance des questions de financement de la santé.

Les tâches réalisées comprenaient entre autres :

- analyse des données de la composante 1-3 (remue-méninges, et réflexion sur les stratégies et mesures d'amélioration liées à la conception institutionnelle/pratique organisationnelle);
- examen et discussion au sein de l'équipe des résultats de l'analyse (constats, conclusions et recommandations) ;
- consolidation du rapport d'analyse ;
- discussion des premiers résultats et des prochaines étapes.

## Phase 3 : validation technique

Un atelier de validation impliquant les membres du groupe de travail multisectoriel, les acteurs clés et autres parties prenantes du système de financement de la santé au Cameroun a été organisé pour échanger entre experts et acteurs du système et obtenir un large consensus sur les résultats d'analyse de la situation du système de financement de la santé au Cameroun.

Nous avons bénéficié tout au long de cette étude de l'appui technique et financier de nos partenaires BIT, OMS, CHAI, GIZ, Plan International Cameroon, et de la collaboration de divers acteurs nationaux.

## CHAPITRE 4: APERCU DU SYSTEME DE SANTE

Au Cameroun, le système de santé est organisé en trois niveaux : le niveau central (3 Inspections Générales, 10 Directions, près d'une dizaine de Groupes techniques centraux de programme nationaux de santé, les Hôpitaux Généraux et Centraux) ; le niveau intermédiaire (10 délégations régionales de la santé) et le niveau périphérique (189 districts et 1811 aires de santé). La nouvelle Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2016-2027) prévoit la mise sur pied d'un quatrième niveau dénommé niveau communautaire pour le renforcement de la participation communautaire et du continuum des soins.

### 4.1. Infrastructures de soins de santé

Les structures sanitaires recensées dans le pays sont réparties ainsi que présenté dans le tableau ci-dessous. Une enquête nationale en vue d'actualiser la carte sanitaire est en cours, elle permettra de compléter de manière détaillée les données générales de l'offre de services de santé en fonction des catégories de formations sanitaires (catégorie 1 à 7), des sous-secteurs (public, privé à but lucratif et à but non lucratif, traditionnel), des zones de résidence (urbaine, rurale et métropole), des régions.

Tableau 1 : Statistiques des formations sanitaires au Cameroun

Région	Population 2014	CSI & CMA	HD & Assimilés	HR	HC & HG	Total général
Adamaoua	1 125 438	170	7	1	0	178
Centre	3 906 883	620	37	0	8	665
Est	888 682	148	12	1	0	161
Extrême Nord	3 856 740	340	27	3	0	370
Littoral	3 175 664	382	40	2	2	427
Nord	2 271 914	254	16	1	0	271
Nord-Ouest	1 999 831	330	21	1	0	352
Ouest	1 978 322	586	21	1	0	608
Sud	766 981	258	14	1	0	273
Sud-Ouest	1 533 964	296	29	2	0	327
<b>Total général</b>	<b>21 504 419</b>	<b>3 384</b>	<b>224</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>3 632</b>

Source: Carte sanitaire 2015 / CIS MINSANTE

Les formations sanitaires qui délivrent les prestations de soins sont classées de catégorie 1 à 7. Il en existait 3632 en 2015, dont 68% du sous-secteur public (MINSANTE et administrations partenaires) 21% du sous-secteur privé à but lucratif et 11% du sous-secteur privé à but non lucratif.

### 4.2. Ressources humaines

En matière de ressources humaines, on dénote une faible maîtrise des effectifs tant dans le sous-secteur public que dans les sous-secteurs privés.

Les besoins globaux en personnels ont été identifiés au terme du Recensement Général des Personnels de la Santé (RGPS) de 2011 et décrits dans le Plan de Développement des Ressources Humaines (PDRH) (11). L'effectif des personnels en 2011 a été évalué à 38207 personnels dont 25183 dans le public (66%) et 13024 (34%) dans le privé (12). Le tableau ci-dessous présente la répartition des ressources humaines par région.

Tableau 2: Répartition des ressources humaines en santé par région

Qualifications	Régions											Total
	Adamaoua	Centre	Est	Diaspora	Extrême-Nord	Littoral	Nord	Nord-Ouest	Ouest	Sud	Sud-Ouest	
ARC	3	26	27	0	131	6	11	47	97	11	8	367
Assistant social	1	54	1	0	9	9	3	0	12	5	11	105
Autres professionnels de santé	7	305	55	1	176	508	26	499	555	44	237	2413
Personnel administratif	47	770	58	0	69	191	58	184	131	64	152	1724
Chirurgien-dentiste	4	22	0	0	4	17	1	2	3	3	2	58
Commis de pharmacie	5	133	42	0	166	137	92	211	234	24	134	1178
Infirmiers	817	4512	874	3	1733	3276	965	1590	2599	781	1804	18954
Médecin généraliste	38	500	53	72	71	307	42	82	116	45	94	1420
Médecin spécialiste	16	192	5	7	10	127	3	9	26	11	16	422
Paramédicaux	176	1343	204	2	342	786	160	377	593	175	368	4526
Personnel d'appui	77	1401	120	0	816	1534	227	844	726	100	828	6673
Pharmacien	7	38	4	0	12	40	8	2	26	4	21	162
Tradipraticien / matrone	0	0	0	0	189	0	10	0	1	1	4	205
<b>Total</b>	<b>1 198</b>	<b>9 296</b>	<b>1 443</b>	<b>85</b>	<b>3 728</b>	<b>6 938</b>	<b>1 606</b>	<b>3 847</b>	<b>5 119</b>	<b>1 268</b>	<b>3 679</b>	<b>38 207</b>

Source: MINSANTE, RGPS, 2011.

De manière générale, l'on retient que le ratio professionnel de santé par habitant (médecins, infirmiers et sages-femmes) était de 1,07 pour 1 000 habitants en 2010, en deçà de la norme minimale OMS (2,3‰). Parmi ces personnels, près de 2/3 (66%) exercent dans le sous-secteur public contre 20% dans le sous-secteur privé confessionnel. Il existe de fortes disparités dans la répartition géographique des RHS. Les régions du Centre, Littoral et Ouest réunies comptent près de 55% des RHS contre 10% environ pour celles de l'Est, de l'Adamaoua et du Sud (11). Pour combler le gap en RHS, l'Etat devra en recruter davantage chaque année. Cependant, des projets sont en cours pour la fidélisation des RHS dans les postes dits difficiles et leur motivation à travers le Financement Basé sur les Résultats (FBR).

Suite à l'analyse de la situation des ressources humaines, même si l'on note des améliorations en termes de traitement des personnels des différents corps de la santé (attribution d'un statut particulier, revalorisation des salaires, démarrage du SIGIPES santé...), la plupart des problèmes identifiés persistent.

### 4.3. Autres piliers

#### Gestion des médicaments et autres produits pharmaceutiques

L'organisation du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME) est calquée sur celle du système national de santé. Le SYNAME repose sur la centralisation de l'acquisition des médicaments à travers une centrale d'achat, et la décentralisation de la distribution à travers les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS), les Centres d'Approvisionnements Pharmaceutiques Régionaux (CAPR), et les pharmacies des structures de santé. Le niveau central comprend la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME), qui est une structure d'achat et d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques.

La CENAME est un Etablissement Public Administratif régi par le Décret n° 2005/252 du 30 juin 2005 portant création, organisation et fonctionnement de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels, dont certaines dispositions sont modifiées et complétées par le Décret n° 2009/386 du 30 novembre 2009. Ces Textes stipulent que la CENAME est placée sous la tutelle technique du Ministère chargé de la santé publique et sous la tutelle financière du Ministère chargé des finances. La CENAME est dotée de la personnalité juridique et elle jouit de l'autonomie financière.

Elle acquiert les produits par des Appels d'offres internationaux et les distribue aux FRPS/CAPR, aux formations sanitaires à but non lucratif organisées en bureaux ou en centrales d'achat, aux hôpitaux centraux et généraux, ainsi qu'à d'autres clients avec autorisation spéciale. La CENAME a commencé ses livraisons en novembre 1998. Son conseil d'administration regroupe des représentants de plusieurs Ministères. Il existe des procédures formelles pour l'homologation des médicaments avec une commission d'homologation qui ne siège pas fréquemment. Des échantillons de lots sont envoyés au Laboratoire National de Contrôle de qualité (LANACOME). La CENAME s'approvisionne en médicaments sous DCI, en principe par appel d'offre restreint après présélection des fournisseurs. Il existe un système de suivi des fournisseurs.

Il y a un FRPS dans neuf régions et 1 CAPR à l'Extrême-nord en cours de mutation en FRPS. Ils constituent le niveau intermédiaire. Ils s'approvisionnent principalement auprès de la CENAME et peuvent, sous certaines conditions liées à la disponibilité, au coût et à la qualité, s'approvisionner auprès d'autres fournisseurs locaux ou étrangers. Ils fournissent principalement les structures sanitaires publiques et certaines formations sanitaires à but non lucratif dans le cadre du recouvrement des coûts. Contrairement aux CAPR, les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) sont des structures de dialogue régionales dotées d'un statut de Groupement d'Intérêt Public (GIP). Ils sont constitués de représentants des communautés bénéficiaires, du Ministère de la Santé Publique et des Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Ils constituent donc des instances participatives de gouvernance de la santé dont le but est

d'améliorer la performance du système national de santé dans sa globalité. Le niveau périphérique est constitué des pharmacies des formations sanitaires publiques. Celles-ci s'approvisionnent principalement au niveau des FRPS/CAPR et dispensent des médicaments prescrits dans le cadre de la prise en charge des patients.

Pour ce qui est des intrants utilisés dans les programmes verticaux tels que ceux en charge de la lutte contre le VIH, la Tuberculose, le Paludisme, ou les maladies évitables par la vaccination, un système d'achat combiné est mis sur pied pour plusieurs pays par les bailleurs de fonds afin de réaliser des économies d'échelle.

Concernant le sang et ses produits dérivés, l'on relève que les besoins sont satisfaits à 10% environ. Cependant, la création d'un programme national multisectoriel dédié à la transfusion sanguine depuis 2013 suscite l'espoir quant à l'amélioration de l'offre de services y relative.

Le secteur pharmaceutique présente des défis en termes de gouvernance, de chaîne d'approvisionnement et de suivi évaluation. Plusieurs symptômes indiquent des problèmes d'accès aux médicaments de qualité :

- Manque d'information sur l'accès aux médicaments de qualité dans les sous-secteurs public et privé ;
- Manque de connaissance par les patients de la politique des prix d'accès aux médicaments et non application de cette politique par les structures sanitaires;
- Ruptures de stock fréquentes au niveau de la CENAME (62% du catalogue) ;
- Taux de satisfaction de commandes par la CENAME < 60% ;
- Insuffisance de la participation communautaire ;
- Qualité des médicaments compromise par des inefficiences à plusieurs niveaux: homologation, approvisionnement, importations, etc.
- Vaste réseau d'approvisionnement illicite qui alimente le marché du médicament de la rue et qui pourrait avoir des connexions avec le secteur licite.
- Gestion inadéquate des dons en médicaments ;
- Faible régulation du système d'approvisionnement.

### **Systèmes d'informations sanitaires et recherche opérationnelle**

De manière générale, la collecte et la transmission des données se fait dans le sens ascendant de la pyramide sanitaire. La collecte des données se fait au sein des formations sanitaires (FOSA) à l'aide de registres qui ne sont pas toujours harmonisés, tandis que la transmission des synthèses périodiques se fait à l'aide de formulaires en copie imprimée. La synthèse et la transmission des données se font au sein des structures de coordination (districts, régions et niveau central) à l'aide des fiches de synthèse et des applications de saisie et d'analyse. Le *District Health Information Software 2* (DHIS 2) est en cours de développement au MINSANTE. Il devrait permettre d'améliorer la disponibilité d'une information sanitaire de qualité. Une flotte téléphonique à « coût zéro » complète le dispositif actuel de collecte et de transmission des données.

Il n'existe pas un mécanisme intégré et standardisé de contrôle de la qualité des données. Comme au PEV, la plupart des programmes et sous-systèmes d'informations parallèles assurent le contrôle et la qualité des données via des réunions mensuelles de validation, des audits périodiques de la qualité des données, des supervisions formatives couplées à l'administration du DQS (Data Quality Self-assessment) et le monitoring intégré décentralisé.

Des enquêtes nationales sont menées de manière régulière pour collecter les données sur la santé des populations (EDS, MICS, ECAM, ECV...).

#### **4.4. Indicateurs de santé et résultats du système de santé**

##### **4.4.1. Accessibilité géographique**

On observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins entre le milieu rural et le milieu urbain. En effet, il existe une iniquité infrastructurelle entre les différentes régions et même entre les districts de santé où l'on trouve encore des populations vivants à plus de 20 km d'une formation sanitaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limitent l'utilisation de ces formations sanitaires (13).

En 2003, l'accès géographique aux médicaments a été évalué à 66% (14) et le niveau de disponibilité des médicaments traceurs était estimé à 86% en 2008. Le nombre de jours moyens de rupture de stock au premier semestre 2015 était de 18,1 jours (12). Les difficultés d'approvisionnement, la mauvaise gestion et l'insuffisance des stocks de roulement à tous les niveaux du SYNAME sont entre autres à l'origine de ces ruptures de stocks (rapports d'inspection et de supervision)

##### **4.4.2. Utilisation des services de santé**

Aucune donnée n'est disponible pour renseigner la disponibilité des services par catégorie de formation sanitaire. A cet effet, des enquêtes sur le modèle SARA (Service Availability and Readiness Assessment) sont prévues dans le cadre de la SSS 2016-2027. Quant à l'utilisation des services de santé, l'analyse des données des enquêtes auprès des ménages avec l'outil ADEPT montre que cette utilisation est concentrée vers les quintiles de populations riches. Les pauvres qui portent pourtant le fardeau des maladies infectieuses et transmissibles utilisent paradoxalement moins les services de santé.

##### **4.4.3. Indicateurs de santé**

Au Cameroun en 2013, les principales maladies transmissibles représentaient environ 24% du poids global de la maladie. À titre illustratif le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose représentaient respectivement 11.48%, 10.77% et 1.41%. Les maladies sus évoquées constituent environ 41% du poids de la maladie et 42% des décès lorsqu'elles sont associées aux infections respiratoires basses (10.12%), aux maladies

diarrhéiques (5.57%), et aux IST (1.31%). Pour ce qui est des maladies non-transmissibles, elles sont dominées par les maladies cardiovasculaires, les cancers, les accidents et traumatismes qui représentent environ 14% du poids de la maladie et 23,3% de la mortalité globale. Chez les enfants de zéro à cinq ans, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques constituent à elles seules près de 43% de la morbidité et de la mortalité globale (15).

#### 4.5. Synthèse et défis du système de santé

Au Cameroun, très peu de données récentes sont disponibles sur le système de santé en général. Toutefois, différentes analyses réalisées à partir des enquêtes nationales auprès des ménages ou des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) sur le profil de santé, montrent que les principaux indicateurs évoluent relativement très peu. (16)

Outre les questions liées au financement de la santé qui seront traitées plus bas, il ne fait aucun doute que le système de santé est appelé à se transformer pour relever d'importants défis tels que présentés dans le tableau ci-après.

**Tableau 3 : Enjeux significatifs et défis majeurs du secteur santé pour la réduction de la pauvreté**

ENJEUX	DEFIS
Réduction de la morbidité et de la mortalité de la population pour une augmentation de l'espérance de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement de la fonctionnalité des structures sanitaires et des cadres référentiels de concertation et de coordination ;</li> <li>▪ Extension des interventions à base et sous directive communautaires ;</li> <li>▪ Amélioration de la disponibilité et de l'utilisation du MEG de qualité ;</li> <li>▪ Renforcement du cadre de concertation intersectoriel en matière de promotion et de prévention ;</li> <li>▪ Prise de décision basée sur l'évidence.</li> </ul>
Amélioration de l'accès universel aux soins et services de santé de qualité.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définition du mécanisme de partage du risque maladie soutenable ;</li> <li>▪ Mobilisation de financements suffisant pour la mise en place d'un système national de partage des risques ;</li> <li>▪ Couverture des populations vulnérables ;</li> <li>▪ Définition des modalités de participation des travailleurs du secteur informel ;</li> <li>▪ Renforcement de la disponibilité des soins et services de qualité ;</li> <li>▪ Coordination des efforts entre le Ministère de la Santé Publique et les ministères partenaires en charge de la CSU.</li> </ul>
Renforcement du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement du cadre institutionnel et des capacités gestionnaires des responsables des structures sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;</li> <li>▪ Contractualisation avec le secteur privé ;</li> <li>▪ Opérationnalisation de la décentralisation en matière de santé ;</li> <li>▪ Mise en œuvre de la démarche qualité à tous les niveaux du système de santé ;</li> <li>▪ Amélioration de la régulation du secteur ;</li> <li>▪ Développement des ressources humaines dans le domaine de la santé, des sciences et techniques connexes à travers l'accroissement des effectifs, leur répartition optimale sur le territoire national et l'amélioration des conditions de travail ;</li> <li>▪ Adéquation de la carte sanitaire avec la demande de soins ;</li> <li>▪ Renforcement du système d'information sanitaire, notamment le suivi /évaluation ;</li> <li>▪ Développement d'une stratégie du financement de la santé ;</li> <li>▪ Développement d'un mécanisme d'assurance qualité.</li> </ul>
Renforcement du partenariat dans le secteur santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcement de la décentralisation ;</li> <li>▪ Renforcement de la coordination intra et inter sectorielle ;</li> <li>▪ Renforcement de la participation communautaire dans la réponse à leurs besoins de santé.</li> </ul>

Source : SSS 2016-2027

Pour faire face à ces défis, les cibles suivantes ont été retenues dans la politique sanitaire :

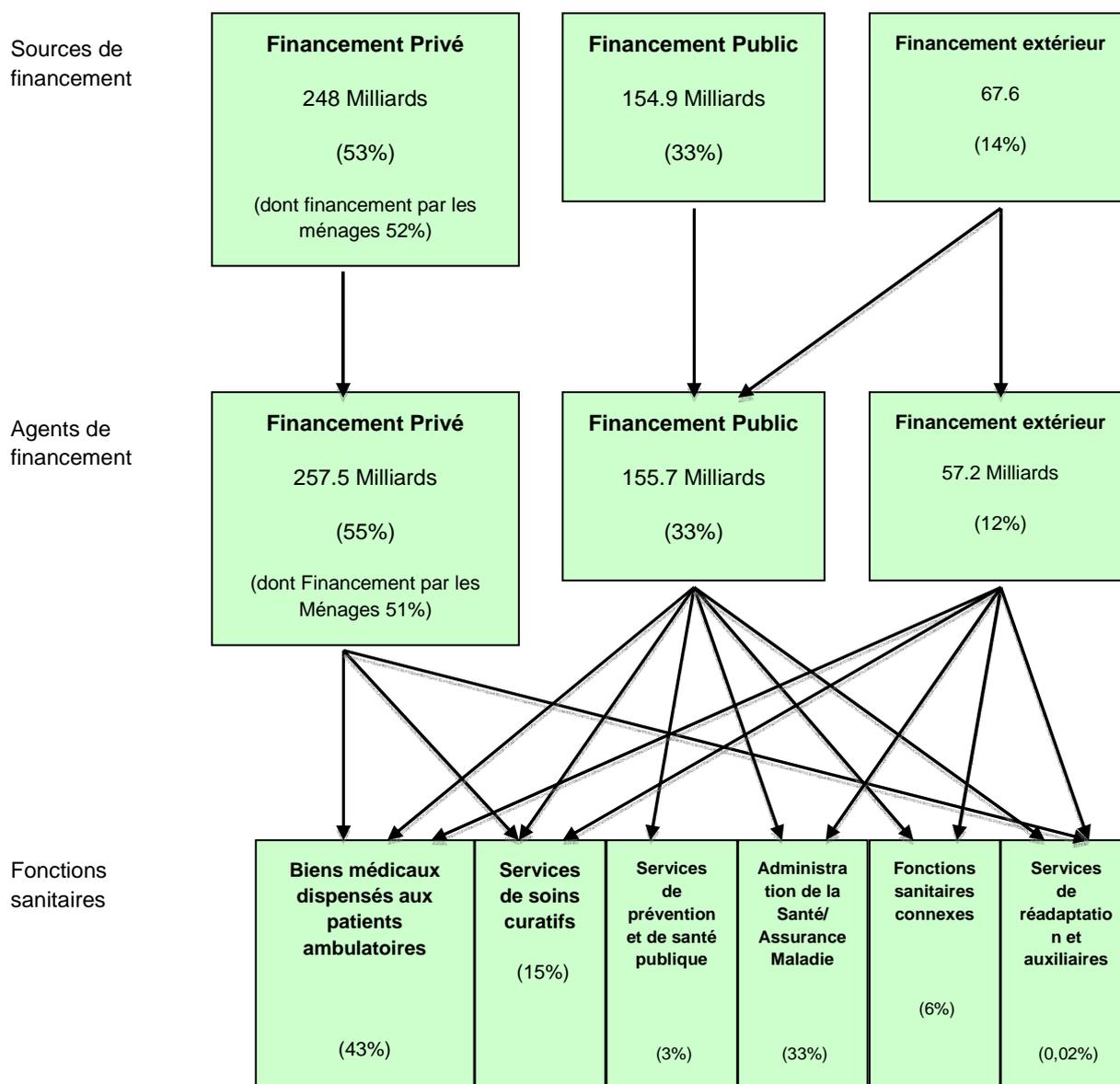
- **Domaine Promotion de la santé** : (i) améliorer le milieu de vie des populations dans au moins 70% des districts de santé ; (ii) amener au moins 50% de la population à adopter les comportements sains et favorables à la santé ; (iii) réduire d'au moins 25% les besoins non couverts en planification familiale.
- **Domaine Prévention de la maladie** : (i) améliorer les capacités institutionnelles et communautaires pour la mise en œuvre des interventions de prévention dans 80% des districts de santé; (ii) réduire d'au moins 30% l'incidence/prévalence des principales maladies transmissibles; (iii) réduire d'un tiers l'incidence/prévalence des maladies chroniques non-transmissibles; (iv) renforcer la prévention des maladies à potentiel épidémique et des événements de santé publique majeurs dans au moins 90% des districts ; (v) améliorer la couverture des interventions SRMNEA dans 80% des districts.
- **Domaine Prise en charge des cas** : (i) améliorer la prise en charge des maladies transmissibles et non transmissibles et de leurs complications ; (ii) améliorer la mise en œuvre des interventions curatives à haut impact sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; (iii) organiser la prise en charge des urgences et des événements de santé publique majeurs; (iv) réduire la charge morbide liée aux handicaps.
- **Domaine Renforcement du système de santé, de la Gouvernance et du pilotage stratégique** : (i) assurer la disponibilité à l'horizon 2027 des infrastructures et des équipements selon les normes dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central; (ii) augmenter de 50% la disponibilité et l'utilisation des médicaments de qualité d'ici 2027; (iii) augmenter de 50% la disponibilité des RHS de qualité dans 80% des districts de santé, des régions, ainsi qu'au niveau central d'ici 2027; (iv) réduire d'au moins un tiers les paiements directs des ménages à travers une politique de financement équitable et durable ; (v) d'assurer la disponibilité de 80% de l'information sanitaire de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2027. (vi) « Rendre la gestion de l'environnement, des ressources et activités du secteur de la santé conforme aux normes, à l'éthique, et aux droits/libertés à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, d'ici 2027»; (vii) « Mettre en œuvre la stratégie sectorielle selon l'approche Gestion Axée sur les Résultats (GAR), à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici 2027 ».

## SECTION II : ANALYSE INSTITUTIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE ACTUEL

### CHAPITRE 5: APERCU DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE ET DES DEPENSES DE SANTE

#### 5.1. Principaux acteurs impliqués dans le financement de la santé

Plusieurs acteurs interviennent dans le financement de la santé au Cameroun. La figure ci-dessous décrit les flux financiers entre les acteurs (sources de financement, agents de financement, et fonctions sanitaires).



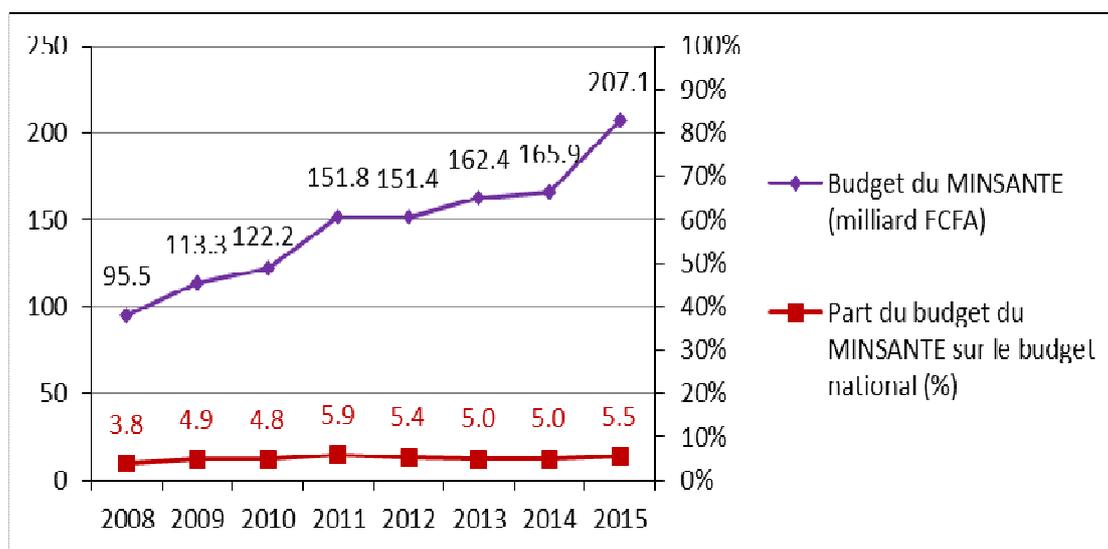
**Figure 4 : Structuration du financement de la santé au Cameroun**  
Source : auteurs

### 5.1.1 Volume Financiers

La dépense totale de santé s'est établit à 728.1 milliards FCFA (CNS 2012), avec une dépense totale de santé par habitant de 67 \$. Cet indicateur est relativement élevé (3<sup>ème</sup> en Afrique Subsaharienne) et relativement proche de la norme de 86\$ pour l'atteinte de la CSU (McINTYRE & MEHEUS, 2014), comparé aux autres pays d'Afrique subsaharienne.

### 5.1.2 Financement public

Le montant total du budget national alloué au MINSANTE a augmenté en volume depuis 2008. Cependant le pourcentage par rapport au budget national a baissé entre 2011 et 2015.



**Figure 5: Évolution du budget alloué au MINSANTÉ depuis 2008.**

Source : Lois de finances 2008-2015

La part du budget de l'Etat alloué à la fonction santé oscille entre 6 et 8% depuis 2011. Cette proportion est en dessous de l'engagement pris par les chefs d'Etats africains lors du sommet d'Abuja en Avril 2001 qui préconisait d'allouer 15% du budget national au domaine de la santé.

**Tableau 4 : Budget alloué au secteur santé en 2015**

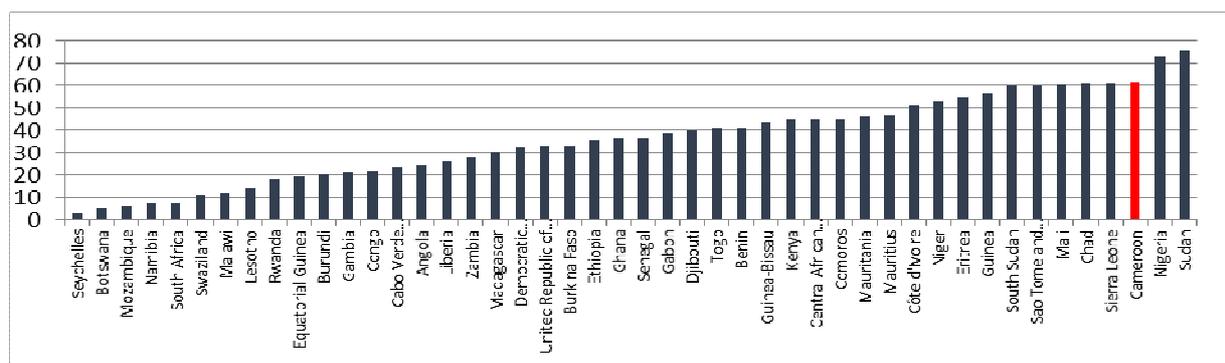
Calcul DAPS & DAP		
Structure	Fonctions secondaires	Budget alloué en 2015 (en millions CFA)
Ministère de la Justice	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	5
Délégation Générale à la Sureté Nationale	Autres centre de santé primaire	257,35
	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	6
Ministère de la Défense	Hôpitaux militaires	125,4
	Hôpitaux provinciaux	30,15
	Centre Médicaux d'Arrondissement	4,25
	Autres centre de santé primaire	283,18
	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	8,5
Ministère de l'Education de Base	Médecine scolaire & universitaire	11,48
	Lutte contre les maladies non transmissibles	90
Ministère de l'Enseignement Supérieur	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	36
Ministère de la Recherche Scientifique et de l'Innovation	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	38
Ministère des Finances	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	23
Ministère du Tourisme et Loisirs	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	9,35
Ministère de l'Environnement, de la Protection de la Nature et du Développement Durable	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	3,8
Ministère des Mines, de l'Industrie et du Développement Technologique	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	5
Ministère de l'Elevage, des Pêches et des Industries Animales	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	29
Ministère de l'Eau et de l'Energie	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	17
Ministère des Forêts et de la Faune	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	4
Ministère des domaines, du cadastre et des affaires foncières	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	12
Ministère des Petites et Moyennes Entreprises, de l'Economie Sociale et de l'Artisanat	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	3
Ministère de la Santé Publique	Santé	207066
Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale	Prévoyance maladie et accident	7,3
Ministère des Postes et Télécommunications	Lutte contre MST/SIDA/Tuberculose	3,8
<i>Total DAP en santé (en millions)</i>		208078,56
<i>Total DAP (en millions)</i>		3746600
<i>Dépenses des adm. pub. en santé (DAPS) en % des DAP</i>		5,553797043
<i>Dépenses des adm. pub. en santé par habitant (FCFA)</i>		9493,673624
<i>Dépenses des administrations publiques en % du PIB</i>		31,73739941

Source : Loi de finances 2015

### 5.1.3 Financement privé

Le financement privé représente la principale source de financement des dépenses de santé au Cameroun avec 55% des dépenses totales dont 52% venant des ménages par les mécanismes de paiements directs. Cette proportion des ménages a connu une hausse importante atteignant environ 70% en 2012 (CNS).

Le Cameroun présente la 3<sup>ème</sup> plus importante contribution des ménages par paiements directs des soins de santé en Afrique Sub-saharienne derrière le Soudan et le Nigeria.



### 5.1.4. Financement Extérieur (FINEX)

Les FINEX (prêts et dons confondus) représentent chaque année une part très importante du financement du secteur (14%). Par ailleurs, les politiques de santé publique basées sur la gratuité ou les intrants et prestations subventionnées reposent essentiellement sur les FINEX. Les FINEX représentaient 65.0 milliards en 2015.

**Tableau 5 : Contribution totale des partenaires par programme (milliards FCFA)**

Domaines	2015	
Santé de la mère, de l'enfant, et de l'adolescent	22	34%
Lutte contre la maladie et promotion de la santé	25	38%
Viabilisation du district de santé	18.1	28%
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100%</b>

Source : DCOOP (2015)

L'insuffisance des moyens venant du Gouvernement et le faible taux d'exécution budgétaire entraînent le recours aux financements extérieurs. Seulement, les FINEX sont empreints d'un manque de visibilité à moyen terme (3-5 ans). Par ailleurs, il est actuellement envisagé une diminution significative de la contribution des Partenaires dans les années à venir. En effet, les principaux partenaires multilatéraux conditionnent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif. C'est ainsi que l'Alliance GAVI projette l'échéance d'inéligibilité aux financements à 2020. Selon les estimations, cette échéance correspond à l'année où le pays aura atteint un niveau de

revenu par habitant de 1580 US Dollars. De plus, certains partenaires, comme le Fonds Mondial développent des conditions de co-financement qui exigent une contrepartie progressivement croissante de l'État.

La multiplicité des instances de coordination et des procédures, la fragmentation du financement de la santé et la faible mise en commun des FINEX entraînent une perte d'efficacité et d'efficience lors de leur utilisation. En conséquence, ils contribuent peu au renforcement du système de santé et à la satisfaction des besoins cruciaux de la population (équité horizontale). Plus précisément, en 2014, les FINEX couvraient essentiellement la lutte contre les maladies transmissibles 63% (Paludisme 51%, VIH/SIDA 12% et Tuberculose 0,3%), la santé de la mère et de l'enfant 27%, contre 5% pour le renforcement du système (13)

## **5.2. Protection Sociale en Santé (état des lieux des dispositifs et mécanismes de protection sociale en santé)**

Au Cameroun, il n'existe pas un mécanisme public d'assurance maladie mais plutôt un ensemble de dispositifs publics (sécurité sociale, politiques de gratuité et subventions) et privés (assurances-maladies privées, communautaires et soins offerts par l'employeur). La création d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a été proposée en 2009 et le texte a été introduit dans le circuit d'adoption sans suite.

### **5.2.1. Dispositifs publics**

#### **5.2.1.1. Programmes de sécurité sociale**

L'affiliation à la CNPS (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale) est libre à toute personne âgée d'au moins 18 ans. Elle est obligatoire pour les salariés du secteur privé formel et volontaire pour les employés des secteurs libéral, informel et autres. La couverture en 2010 était de 4074 bénéficiaires pour la branche ATMP (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) et 368 455 bénéficiaires pour la branche des prestations sociales (10). Elle est encadrée par des textes de la CNPS et du Code de travail sur les volets Accidents de travail et Maladies professionnelles. On note une faible couverture de la population générale, 3.2% en 2012 (10), le mécanisme incluant essentiellement les travailleurs. Par ailleurs, certaines administrations publiques disposent de mutuelles pour leurs personnels sous un mode d'adhésion volontaire avec une affiliation à une compagnie privée d'assurance.

#### **5.2.1.2. Politiques de gratuité et subvention**

En matière de politique de gratuité et subventions des soins et services de santé, on distingue de multiples dispositifs, centrés autour des populations vulnérables (cible mère-enfants, PVVIH, etc):

### **Politique de gratuité/subvention axée sur le contrôle d'une maladie pour toute la population**

- Subvention de la prise en charge du diabète
- Gratuité de la prise en charge de l'épilepsie
- Gratuité du traitement préventif de l'Onchocercose
- Gratuité des ARV adultes et pédiatriques et cotroximazole
- Gratuité de la Prise en charge de la Tuberculose
- Gratuité de la prise en charge de la lèpre
- Gratuité de la prise en charge des helminthiases intestinales.
- Gratuité de la prise en charge de la schistosomiase
- Gratuité de la prise en charge de l'Ulcère de Buruli et de ses complications
- Gratuité de la prise en charge du Pian
- Gratuité du traitement et chirurgie du trachome
- Gratuité du traitement préventif de l'onchocercose
- Gratuité du traitement de la filariose lymphatique et chirurgie hydrocèle
- Subvention de la prise en charge des cancers
- Subvention des hémodialyses
- Subvention de la prise en charge de l'épilepsie

### **Politique de gratuité/subvention axée sur le contrôle d'une maladie ciblée à une partie de la population**

- Gratuité de la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans
- Subvention de la prise en charge du paludisme simple chez les plus de 5 ans et les adultes
- Gratuité du TPI pour la femme enceinte
- Subvention de la Vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes en post-partum
- Gratuité de la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action
- Gratuite de la chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier (enfants de moins de 5 ans - 2 régions)
- Subvention de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et modérée
- Gratuite du dépistage VIH pour les femmes enceintes, conjoint et enfant de 0-5 ans
- Gratuite de la PTME (diagnostic, mère et enfant)
- Gratuité de la prise en charge du diabète chez les 0-18 ans
- Subvention du chèque santé « bon d'achat ou voucher » pour les femmes enceintes
- Subvention des kits obstétricaux

### **Politique de gratuité axée sur un service**

- Gratuité des services de planification familiale

- Gratuité des services de vaccination

### **Prise en charge des personnes économiquement et socialement défavorisées**

- Prise en charge des enfants abandonnés
- Prise en charge des indigents

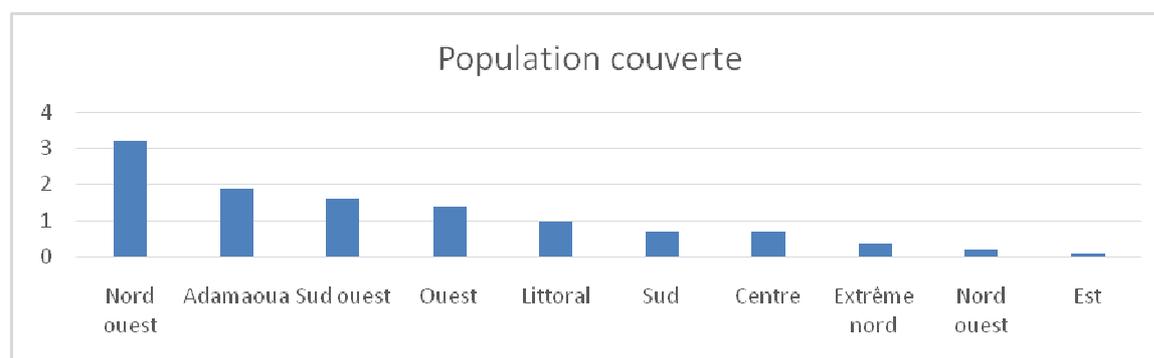
Certains de ces sous-systèmes sont soutenus par le biais d'allocations budgétaires centralisées tandis que d'autres qui sont essentiellement soutenus par les partenaires, à cause de leurs particularités, sont isolés sans interrelation avec l'ensemble (subvention du traitement des MTN, épilepsie...).

## **5.2.2. Dispositifs privés**

### **5.2.2.1. Les mutuelles de santé**

En 2010, il existait 158 mutuelles de santé qui couvraient 1,3 % de la population nationale. Ce nombre a diminué en 2014, laissant environ 43 mutuelles actives qui couvrent 63 000 personnes, soit 0.2% de la population nationale.

D'une manière générale, les mécanismes et procédures utilisés par les mutuelles sont adaptés aux populations des secteurs informels et agricoles.



**Figure 6 : Couverture par une mutuelle de santé en 2009**

Source : Etat diagnostique des mutuelles de santé en 2010 (BM)

Les principales faiblesses constatées sont les suivantes :

- Les mutuelles sont encadrées par la loi sur les associations donnant lieu à des règles de fonctionnement disparates ;
- La supervision des mutuelles est irrégulière et lorsque ça existe, elle est assurée par les structures fédératrices de ces dernières ;
- Sans appui technique externe et supervision, la capacité managériale et techniques des gestionnaires des mutuelles est insuffisante d'où les multiples dysfonctionnements notés et l'accumulation des dettes (*Rapports de supervision, DPS 2015*).

### **5.2.2.2. Les assurances commerciales**

Les assurances commerciales du marché ciblent essentiellement le segment 1 de la population camerounaise composé des ménages très riches ainsi que ceux à revenus intermédiaires. Les représentants de ce segment sont principalement des travailleurs du secteur formel couverts par les entreprises qui les emploient ou les particuliers très aisés. En effet, selon les dispositions de la loi, la charge de couverture du risque maladie du travailleur relève de la responsabilité de son employeur, cette disposition s'applique également aux maladies professionnelles (couvertes par le régime de prévoyance sociale).

Le portefeuille d'assurance santé commerciale au Cameroun couvre environ 190408 individus, à 90% des employés des grandes entreprises du secteur privé et parapublic ainsi que les membres de leur famille (conjoint, enfants reconnus ou adoptés). Les portefeuilles d'assurance maladie du marché couvrent très peu d'employés des PMI/PME, généralement seuls les responsables de ces structures s'assurent auprès d'une compagnie d'assurance ainsi que les membres de leurs familles.

Il existe plusieurs structures d'assurance maladie privé regroupées parfois au sein des associations. Le nombre de groupements dépend dans chaque entité des découpages opérés en fonction des besoins et de la politique managériale. En 2014, le BIT a recensé 16 compagnies d'assurance maladie privées.

L'affiliation se fait ici sur la base d'un contrat entre l'assurance et une organisation pour ses employés et entre l'assurance et une personne physique en incluant aussi sa famille. Ce qui revient à dire que toute la population camerounaise est éligible. Dans le cas d'une adhésion volontaire, les individus peuvent adhérer via un groupe. Les règles de cotisation sont arrêtées ici en fonction des revenus de chaque assuré.

### **5.2.2.3. Services de santé offerts par l'employeur**

Les grandes sociétés au Cameroun telles que HEVECAM, SONARA, CDC, CAMRAIL, CNPS, SODECOTON, ALUCAM, CAMTEL, SONEL, SNI, etc. disposent de services de santé pour leurs employés. Les structures de ces services diffèrent d'une entreprise à l'autre. A titre d'exemple, à CAMRAIL tout son personnel, qui autrefois était assuré à 100%, est maintenant assuré à 80% et l'employé supporte les 20% restants. La proportion des dépenses totales en santé couverte est de 0,3% (1 362 854 942 FCFA, CNS 2011).

## CHAPITRE 6 : ANALYSE DES FONCTIONS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ ACTUEL

### 6.1. Collecte des fonds

La performance d'un système de financement de la santé dans la collecte des fonds se mesure par sa capacité à générer des ressources suffisantes de manière équitable, efficace et efficiente afin de permettre un accès aux soins sans incidence financière sur les populations. Au Cameroun, la mobilisation des ressources se fait à partir de plusieurs mécanismes de collecte de fonds distincts: recettes fiscales, cotisations sociales et primes, paiements directs des ménages et mobilisation des financements extérieurs.

#### 6.1.1. Recettes fiscales

L'Etat collecte des fonds (impôts et taxes) à travers deux (02) régies des recettes du Ministère des Finances: la Direction Générale des Douanes et la Direction Générale des Impôts. En conformité avec la loi des finances, la Douane et les Impôts collectent les multiples produits générés par la réglementation fiscale en vigueur. Ces ressources collectées constituent le budget de l'Etat. Une partie de ces recettes sera ensuite reversée au Ministère de la Santé Publique ainsi que les autres ministères apparentés selon les provisions de la loi de finances.

Selon la Direction Générale des Impôts (DGI), deux types de réformes ont été engagées par le gouvernement pour l'amélioration des recettes fiscales. Il s'agit premièrement de l'élargissement de l'assiette fiscale à travers l'identification, la localisation, l'immatriculation, la fidélisation de nouveaux contribuables et la rationalisation du contrôle fiscal pour limiter les effets pervers de la fraude et de l'évasion fiscale. Deuxièmement, un effort particulier a été fait pour la maîtrise du recouvrement qui repose sur la clarification des procédures y relatives et une meilleure sécurisation des recettes de l'Etat.

L'environnement fiscal se caractérise par un ratio prélèvements fiscaux sur PIB en progrès mais encore insuffisant. De 12.5% en 2010, ce ratio est passé à 14.8% en 2014 mais en deçà de la cible fixée à 20%. La faible performance du système fiscal s'explique par différents facteurs :

- L'étroitesse de la population fiscale qui est passée de 73 000 en 2012 à 109 000 en 2014, mais reste constituée à plus de 60% d'unités relevant du secteur informel.
- L'érosion de la matière fiscale. Il ressort des analyses de la DGI qu'une part significative du PIB n'est pas taxée, notamment dans le secteur agricole. L'agriculture qui contribue pour 25% au PIB n'apporte que 3% des recettes fiscales.
- L'incivisme fiscal, le taux de défaillance aux obligations déclaratives de Déclaration Statistique Fiscale (DSF) est de 77%. La sincérité des déclarations est également sujette à caution : 68% des entreprises affichent des déficits sur plus de quatre années consécutives et l'on observe un taux anormalement élevé de déclaration créditrice en matière de TVA, 69% en moyenne.

Par ailleurs, le MINSANTE et ses partenaires techniques et financiers sont également engagés dans des stratégies de mobilisation des ressources additionnelles, dites innovantes. On peut citer à titre illustratif la participation à l'initiative mondiale UNITAID à travers les fonds issus d'une quotité de 10% de la taxe aéroportuaire prélevée sur les billets d'avion des vols internationaux.

### 6.1.2. Cotisations sociales et primes

Les cotisations sociales et le paiement des primes par les travailleurs sont effectués dans le cadre : (i) du régime général de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale pour les travailleurs du secteur privé et parapublic ; (ii) du régime spécial de pensions des fonctionnaires et autres agents de l'Etat géré directement par le Ministère des Finances ; et (iii) du régime des assurances privées géré par les sociétés privées d'assurances ou par les mutuelles.

#### i) Collecte des ressources par la CNPS

La CNPS est un établissement public administratif, jouissant d'une autonomie financière, et placée sous la tutelle du Ministère du travail et de la Sécurité Sociale technique du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et la tutelle financière du MINFI. Elle assure la sécurité sociale des travailleurs relevant du code de travail. Les cotisations sociales sont composées selon les risques d'une part employée et d'une part patronale. La collecte de la part employée s'opère par le prélèvement obligatoire sur les salaires des employés du secteur privé formel et parapublic. La déclaration des employés et le versement de leurs cotisations sociales à la CNPS sont obligatoires et incombent à l'employeur. La CNPS bénéficie également du privilège<sup>2</sup> du trésor. Afin de lutter contre l'évasion sociale et améliorer le taux de recouvrement des cotisations, un partenariat a été établi entre la CNPS et la Direction Générale des Impôts. La CNPS n'ayant pas une branche assurance maladie, seuls les cotisations relatives aux risques professionnels et prestations familiales sont pris en compte dans la collecte des fonds pour la santé.

Le montant des cotisations à la CNPS dépendent des branches : pour la branche ATMP, le calcul des cotisations se fait en fonction de la gravité des risques, tandis que le taux de cotisation pour la branche prestations sociales dépend du régime des travailleurs.

**Tableau 6 : Taux de cotisations des branches ATMP et prestation sociales CNPS.**

Branche	Groupes	Cotisations
Accident du travail et maladies professionnelles	A (risque faible)	1,75%
	B (risque moyen)	2,5%
	C (risque élevé)	5%
Prestations familiales	Régime général (y compris domestiques et employés de maison)	7%
	Régime des entreprises agricoles et assimilées	5,65%

<sup>2</sup> Les créanciers publics (Trésor et Sécurité sociale) bénéficient d'un «privilège» qui leur permet d'être payés avant les créanciers privés lorsqu'une entreprise connaît des difficultés.

## ii) Collecte des primes par les compagnies d'assurances privées

En 2014, les compagnies privées commerciales d'assurance offraient une couverture en santé pour une prime moyenne de 155 000 FCFA par an par adulte et de 75 000 FCFA par enfant assuré/par an avec un co-paiement de 20% (10). La branche d'assurance maladie et dommages corporels a un poids relatif de 22,80% du chiffre d'affaires global du marché de l'assurance au Cameroun. Elle a généré en tout 27 899 361 091 FCFA en 2012 (10).

Chaque structure a son propre mécanisme de collecte des primes : les primes sont versées par l'employeur pour les contrats de groupe et par les assurés en cas de contrat individuel. En général, le paiement de ces primes se fait par virement bancaire avec une périodicité annuelle.

## iii) Collecte des cotisations par les mutuelles de santé

L'affiliation à une mutuelle se fait sur la base du volontariat pour une contribution annuelle variant de 3 000 à 5 000 FCFA par personne (tableau 7). Le montant total des cotisations collectées en 2013 s'élève à 213 169 626 FCFA (10). Une contribution de 10 à 50% des frais des services de santé est à la charge du patient, le reste étant supporté par la mutuelle.

Ces cotisations sont payables en plusieurs tranches dans la grande majorité des mutuelles. Cependant, l'application des montants forfaitaires de cotisation par les mutuelles ne permet pas d'instaurer une équité contributive au sein des adhérents. De plus, l'initiative du paiement de la cotisation appartenant à l'adhérent abouti généralement à une irrégularité voire des retards très importants dans le versement de la cotisation.

**Tableau 7 : Montant des cotisations dans les mutuelles de santé**

Montant	Pourcentage de mutuelle
2000-5000	53%
5000-10 000	31%
10 000-30 000	12%
30 000 et plus	9%

Source : Rapport inventaire dispositifs protection sociale en santé, BIT 2014

Par ailleurs, on dénombre au Cameroun, plusieurs mutuelles corporatistes dont le mode d'organisation et de fonctionnement diffère des mutuelles à base communautaires. Dans ces mutuelles, la cotisation est prélevée automatiquement sur les primes ou rémunérations. Certaines mutuelles des fonctionnaires telles que les mutuelles des travailleurs des services du trésor, de la douane, des impôts, du budget, de l'enseignement supérieur et certains hôpitaux publiques sont subventionnées par les fonds de l'Etat.

### **6.1.3. Paiements directs des ménages**

D'après les CNS de 2012, les paiements directs représenteraient 70,27% des dépenses de santé. Il s'agit des fonds collectés directement par les formations sanitaires auprès des patients et qui sont réutilisés comme recettes affectées par ces formations sanitaires.

### **6.1.4. Mobilisation des ressources extérieurs**

Une part des ressources extérieures passe par le budget national du MINSANTE telle que les prêts, les contrats de désendettement, et les cofinancements. Cependant, il existe des mécanismes parallèles comme l'appui spécifique à un Programme, à une Région, à un District de santé ou à une structure de santé.

#### **Analyse**

Ces informations montrent que : (1) le paiement direct des soins par les ménages représentent la plus importante source de revenu pour le système de santé ; (2) le taux élevée de l'évasion fiscale crée une différence significative entre les recettes fiscales collectées et les recettes potentielles ; (3) il existe une grande disparité dans les cotisations sociales et primes ; (4) les mécanismes de mobilisations des ressources extérieurs sont multiples.

## **6.2. Mise en commun des fonds et degré de fragmentation**

La mise en commun est la fonction du financement de la santé qui consiste au regroupement et à la gestion des différents fonds collectés par un organisme pour acheter les prestations. Cette fonction a pour but de répartir le risque financier lié à l'utilisation des services de santé sur un grand nombre de personnes en déconnectant le montant du paiement du coûts des services (préventifs et curatifs) consommés par les ménages, d'où sa fonction assurantielle implicite. Au Cameroun, plusieurs acteurs sont impliqués : (i) le Ministère de la Santé et les Ministères apparentés ; (ii) les assurances et mutuelles ; (iii) les partenaires financiers.

### **6.2.1. Mise en commun des fonds mobilisés par l'Etat**

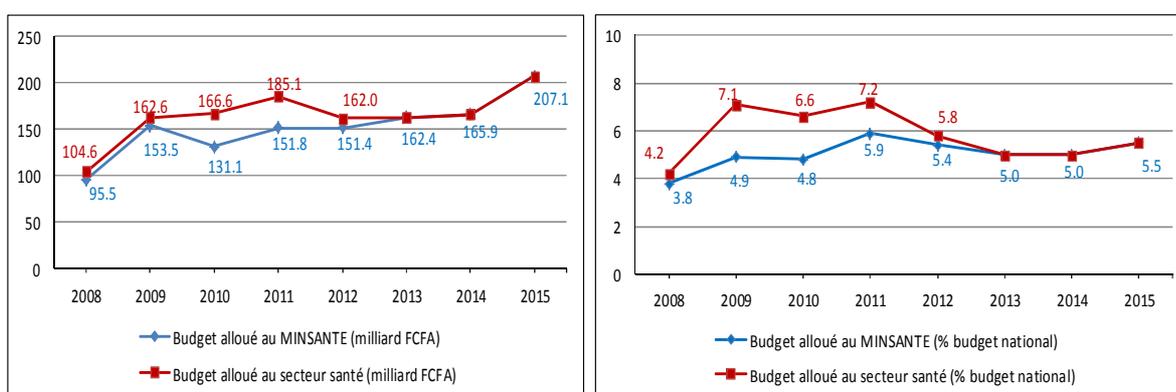
Selon le principe d'unicité de caisse, les recettes fiscales comportant les taxes directes et indirectes, les impôts sur le revenu, les taxes sur les biens et services, sont collectées par le Trésor public. Les paiements directs des services et soins de santé sont également reversés au Trésor public, 10% des recettes affectées des formations sanitaires sont ensuite reversées au compte du fonds de solidarité nationale et 90% restent dans un compte spécifique à la formation sanitaire.

Le budget de l'Etat est ensuite alloué aux différentes structures gouvernementales à travers la loi de finances annuelle. La part du budget affectée au Ministère de la Santé et aux autres administrations publiques est fixée par la lettre de cadrage budgétaire

selon les contraintes en matière des prévisions de recettes fiscales et ne tient pas compte des besoins réels exprimés. Le montant total du budget national alloué au Ministère de la Santé a augmenté en volume depuis 2010 allant de 166,6 à 207,1 milliards tandis que la part du budget national alloué au Ministère de la Santé a connu une baisse. Par ailleurs le montant du budget national alloué aux autres ministères ayant les attributions liées à la santé était de 1.012 milliards FCFA en 2015 selon la loi de finances 2015.

Le Ministère de la santé joue le rôle de mise en commun des ressources publiques pour le compte des formations sanitaires, des programmes de prise en charge et autres institutions sous tutelles.

**Figure 7 : Evolution du budget alloué au secteur de la santé**



Les ressources allouées à la santé sont attribuées au Ministère de la Santé et aux autres Ministères du secteur. En plus du Ministère de la santé publique, les autres ministères ayant des attributions liées à la santé jouent aussi le rôle de mise en commun des fonds. Il s'agit d'abord des Ministères des Finances (MINFI), de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoriales (MINEPAT) pour l'allocation budgétaire et la prise en charge des risques professionnels ; des Ministères chargés de l'Education (MINEDUB, MINESEC, MINSUP) pour l'équipement et le fonctionnement des infirmeries scolaires et universitaires ; du Ministère de la Défense pour le fonctionnement des services de santé des armées ; du Ministère de la Justice pour la gestion des infirmeries des prisons.

### 6.2.2. Mise en commun des fonds par un mécanisme assurantiel

Que ce soit la CNPS, les assurances privées commerciales, ou les mutuelles de santé, elles constituent des structures indépendantes de mise en commun des cotisations sociales ou des primes d'assurance maladie.

#### i) Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

La CNPS est le seul mécanisme public qui prend en charge les maladies dans le cadre de sa branche ATMP et prestations sociales. Les contributions pour cette branche varient selon les secteurs d'activité mais il existe un seul pool de mutualisation

du risque. En effet, en cas de survenue d'un accident de travail ou une maladie professionnelle, les dépenses liées à la prise en charge du travailleur sont pris en charge par la CNPS à travers l'employeur. Il n'existe pas de phénomène d'écroulement car tous les travailleurs assujettis au régime général bénéficient de cette prise en charge à la seule condition du versement régulier des cotisations par l'employeur.

## **ii) Assurances maladies privées**

Les compagnies d'assurance privée commercialisent des produits d'assurance santé orientés essentiellement vers les groupes et proposent la prise en charge de prestations définies avec les responsables de ces groupes. Les contrats sont également plafonnés à un certain montant de dépenses annuelles.

Les cotisations sont fixées en fonction des risques individuels. Pour les "*contrats de prévoyance décès groupe et individuel*" l'assureur exige un bilan clinique qui lui permet de calculer la prime. Par la suite, on observe un phénomène d'écroulement, ou sélection adverse, qui exclut du système assurantiel ceux qui en ont le plus besoin. La mise en commun est réalisée au sein de chaque compagnie d'assurance, d'où l'existence de plusieurs pools de mutualisation généralement de petite taille.

Par ailleurs, bien que régit par le code CIMA, le contrôle de ces sociétés d'assurances n'est pas systématique et les primes ne sont pas encadrées par une législation. Elles possèdent un réseau de distribution généralement très limité, avec un ou deux bureaux directs à Yaoundé et quelques agents généraux dans les grandes villes à l'intérieur du pays.

## **iii) Assurances maladies communautaire (mutuelles de santé)**

Les mutuelles de santé représentent les principaux mécanismes de mise en commun au Cameroun, au profit surtout des populations du secteur informel et du milieu rural. Chaque mutuelle effectue la mutualisation des ressources et des risques en son sein et vu qu'elles sont généralement de très petite taille, la répartition du risque reste très limitée. On note très peu d'initiatives d'union de mutuelles, d'où une très grande fragmentation du secteur. L'implication des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé et de l'ONG BEPHA dans l'accompagnement technique de certaines mutuelles permet à celle-ci une meilleure gestion du risque maladie.

Une étude réalisée en 2016 sur la redéfinition du rôle et des responsabilités des mutuelles sociales dans l'extension de la protection sociale a recommandé une spécialisation des mutuelles sur les fonctions de proximité notamment la mobilisation sociale, la collecte des cotisations et l'enregistrement des adhésions. Il s'agit là d'une réforme majeure car si elle est appliquée, les mutuelles ne seraient plus directement impliquées dans la mise en commun.

### **6.2.3. Mise en commun du financement extérieur**

Le changement et l'évolution du contexte international des années 2000 a été marqué par l'adoption en 2005 de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Face à cette mutation, le Gouvernement du Cameroun, notamment le

Ministère de la Santé Publique a pris l'option de s'inscrire dans cette démarche par la préparation de l'approche sectorielle (SWAP ou Sector Wide Approach) ou la mise en commun du financement extérieur.

Cette tentative de coordination de l'aide extérieure, malgré l'intérêt manifesté des différentes parties prenantes à la mise en place du SWAP, n'a pas connu une suite favorable du fait de la défection de certains partenaires. Cet état de chose a conduit aux interventions éparses des partenaires, notamment la création d'une cellule C2D santé pour les financements du partenaire français.

Toutefois, la ferme volonté du gouvernement de mettre en commun les différentes contributions pour répondre à ses priorités a abouti à la mise en place de l'Unité de Coordination du Programme Conjoint AFD-KFW regroupant la France et l'Allemagne.

### **Analyse**

Une analyse des sous-systèmes de mise en commun montre en dépit d'une fragmentation importante, plusieurs opportunités d'amélioration de chacun des mécanismes pour assurer une meilleure efficacité et équité dans l'accès aux services de santé de qualité. Il n'existe en effet pas encore au Cameroun, un système cohérent de mise en commun prenant en compte les différentes catégories de population. Plusieurs acteurs sont à la fois impliqués dans les fonctions de collecte et de mise en commun, avec très peu d'efficacité et d'impact en termes de populations couvertes. Le consensus réalisé par les acteurs sur la redéfinition du rôle et des responsabilités des mutuelles sociales constitue déjà une première avancée dans la construction d'un système cohérent de mise en commun.

## **6.3. Achats des prestations**

### **6.3.1. Cadre organisationnel et mécanismes de paiement des prestataires**

Au Cameroun s'agissant des achats de service de santé, on distingue plusieurs sous-systèmes d'achat de prestations à savoir : (i) l'achat par les structures publiques, (ii) l'achat par les institutions de prépaiement (sécurité sociale, assurance maladie privée, assurance maladie communautaire), (iii) les services de santé financés par l'employeur, (iv) le financement basé sur la performance, (v) les paiements directs des ménages, subvention et gratuité.

#### **6.3.1.1 Achat par les structures publiques**

Le Ministère de la santé Publique exerce sa fonction d'achat, qui est un rôle régali en application des règles d'allocation budgétaire en vigueur (loi des finances). Ces fonds sont alloués aux structures publiques de soins sous forme de crédit délégué (fonctionnement et investissement), subvention et salaires mensuels du personnel de l'Etat.

Le Ministère de la santé Publique achète aussi les soins (appui budgétaire, appui en ressources humaines) à travers un partenariat public-privé avec certaines structures

privées à but non lucratif. Ces paiements sont souvent basés sur les données historiques sans prise en compte de la performance des prestataires ; les prestataires ne sont pas présélectionnés et il existe peu de suivi de la qualité et du volume des services à fournir. Cependant, les paquets minimums des interventions à haut impact ont été définis ainsi que les prix de médicaments et de certains services.

Les faiblesses liées à l'achat par le ministère de la santé sont essentiellement relatives à la méthode d'allocations des ressources aux différentes structures qui ne tient pas compte des besoins réels en termes de quantité des services offerts, de profil socio-économique de la population desservie ou d'accessibilité. C'est un mécanisme passif qui a l'avantage d'assurer l'offre d'un paquet minimum de soins et la fonctionnalité des services mais avec peu de capacité incitative et d'assurance qualité. On peut aussi énumérer comme faiblesse les procédures complexes de déblocage et de gestion des crédits alloués aux hôpitaux.

**Tableau 8 : Taux d'exécution (basé sur les engagements) du budget MINSANTÉ 2015**

Budget	Allocation 2015 (milliards FCFA)	Montant engagé 2015 (milliard FCFA)	Taux d'engagement budgétaire
Fonctionnement	115.974	106.696	92%
Investissement	104.552	100.370	96%
<b>Total</b>	<b>208.468</b>	<b>207.066</b>	<b>94%</b>

Source: Document de présentation du budget à l'Assemblée Nationale par le Ministre de la Santé Publique 2016

**Tableau 9 : Ventilation des enveloppes budgétaires 2013-2015 par niveau**

Niveau	Enveloppes budgétaires (milliards de FCFA)		
	2013	2014	2015
Central	79,31	62,41	93,49
Périphérique (DA+RT)	82,73	103,46	113,57
<b>Total</b>	<b>162,04</b>	<b>165,87</b>	<b>207,06</b>

Source : Adapté de MINEPAT, MINFI. (Données administratives). DA= Dotation Annuelle, RT= Ressources Transférées

Hormis le Ministère de la santé, d'autres Ministères et institutions de l'Etat assurent la fonction d'achats à travers l'allocation budgétaire (Ministère de la défense, Ministère de l'éducation de base, Ministère des Enseignements Secondaires, Ministère de l'Enseignement Supérieur...)

La principale faiblesse de l'achat par les structures publiques est liée à la modalité d'allocation des ressources et à la fragmentation. En effet, malgré le fait que la dotation budgétaire n'est plus basée sur la structure des services, mais sur les programmes il existe toujours une grande fragmentation du mécanisme de financement par l'impôt ; il n'existe pas de critères objectifs pour l'allocation des crédits aux formations sanitaires,

l'allocation des fonds est faite actuellement sur une base égalitaire et aucun ajustement ex-post n'est réalisé.

### **6.3.1.2 Achat des prestations dans le cadre du Financement basée sur les résultats**

Le Financement Basé sur la Performance (PBF) est une approche du financement de la santé axée sur les résultats, définis comme la quantité et la qualité des services produits et qui sont accessibles. Il exerce la fonction d'achat de services à travers les ACV (Agences de Contractualisation Vérification) qui contractualisent avec les formations sanitaires publiques comme privées. Un certain nombre d'indicateurs de performance sont définis et sont achetés par la suite sous formes de subsides par les ACV. C'est un système qui permet d'inciter à la performance. Il est important de relever que le PBF n'est mise en œuvre que dans quelques régions du pays pour un taux de couverture de 13.8% (13).

Par ailleurs le mécanisme de chèque santé expérimenté au Cameroun dans certaines localités applique également ce principe d'achat basé sur la performance.

### **6.3.1.3 Achat des soins à travers des programmes de gratuité et de subventions**

Depuis plusieurs années certains services et soins sont offerts gratuitement aux populations (cf chapitre 5). Il s'agit des services financés soit totalement, soit partiellement par l'Etat et/ou les bailleurs. Ces politiques de gratuité n'ont pas été précédées par des études économiques de faisabilité et de soutenabilité fiables avant leur mise en place. Ces régimes émanent très souvent de décisions politiques et ne sont pas soutenable et viable à long terme. Les lois économiques montrent qu'une gratuité généralisée sans mécanisme de compensation financière adéquate pour les formations sanitaires a des conséquences néfastes: mauvaise qualité des soins, ruptures de stocks et développement d'un marché noir.

- De plus, les études montrent que les soins de santé gratuits et subventionnés restent peu accessibles aux populations appartenant aux couches socio économiquement faibles et c'est les plus riches qui bénéficient de ces services (Etude UNICEF, 2013). Bien que les intrants subventionnés/gratuits (médicaments, vaccins, kits obstétricaux...) sont mis à la disposition des formations sanitaires, il existe plusieurs cas de rupture de stock fréquente montrant ainsi des faiblesses dans le système de santé et le besoin d'autres mesures d'accompagnement des politiques d'accès aux produits pharmaceutiques.

Les dispositifs de gratuité et subventions privilégient les populations vulnérables aux problèmes prioritaires de santé (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, PVVIH...). En ce qui concerne les soins de santé subventionnés, toute la population est éligible en théorie mais comme il n'existe aucune péréquation de risque ni une prise en compte des couches économiquement faibles, en réalité l'accessibilité aux formations sanitaires publiques bénéficie davantage aux plus aisés créant ainsi une situation d'iniquité sociale.

De plus la prise en charge des indigents est peu effective et ce sont davantage les riches ou détenteurs de pouvoir qui tirent le maximum de bénéfices de tous ces dispositifs.

Par ailleurs, on observe des disparités dans l'accessibilité géographique aux soins entre le milieu rural et le milieu urbain. À titre d'exemple, seulement 46,7% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié en zone rurale, contre 86,7% en zone urbaine (EDS-MICS, 2011).

En outre, les constats suivants se dégagent :

- Toutes les catégories professionnelles public et privé bénéficient de ce financement sans discrimination ;
- Ce sous-système inclut une grande diversité des risques en plus du grand nombre de bénéficiaires ;
- Il existe plusieurs différences dans la gestion des sous-systèmes et très peu d'écroulement.

#### **6.3.1.4. Achat des soins par le paiement direct des ménages**

Les ménages contribuent aux recettes des prestataires de soins par les paiements directs qui sont les sommes versées au moment de l'utilisation des services de santé y compris le ticket modérateur au niveau des différentes formations sanitaires.

Au Cameroun, les ménages sont de loin le premier financeur du système de santé. En 2012, les ménages camerounais avaient financé à hauteur de 70,6% des dépenses de santé totales (CNS, 2012). Les paiements directs sont effectués aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

##### **i) Secteur public**

Le paiement direct des ménages constitue un fonds pour les formations sanitaires publiques qui est reversé à la fin de chaque exercice comme recettes affectées. Ces dernières constituent la principale source de rémunération de certains prestataires du secteur public. Les textes ministériels donnent les modalités de gestion des motivations (quote-part) du personnel ainsi que d'autres primes et salaires de certains personnels d'appui. Cette rémunération qui doit être basée sur la performance a un pouvoir incitatif. Toutefois, dans certains cas son application biaisée est source de frustration et démotivation du personnel.

##### **ii) Secteur privé**

Dans le secteur privé, le paiement direct des ménages est aussi le mécanisme principal de paiement des prestataires. En fonction du type et calibre de l'entreprise, les ressources collectées sont affectées aux différents types de dépenses y compris les salaires des prestataires, la fourniture des médicaments et équipements pour les soins.

Dans un contexte de pauvreté élevée de la population, la prépondérance de ce mécanisme d'achat constitue un frein majeur à l'accès aux services de santé surtout pour les personnes les plus vulnérables et les plus démunies. En effet, l'accès aux

soins est limité pour la plupart des malades dans ce contexte car l'argent dont disposent les malades est insuffisant. Il s'agit d'un échec en termes d'équité car si les frais de santé reposent sur les paiements directs des ménages, ceux-ci sont dépendants de leurs revenus quant à l'accès aux soins. Les conséquences sont bien connues : paupérisation, endettement, absence de soins, décès...

Les paiements directs peuvent constituer un facteur d'appauvrissement des ménages pour toutes les couches de la population, même les plus aisées. Il a été démontré que lorsque les paiements directs constituent plus de 15% des dépenses totales de santé d'un ménage, ce dernier tombe dans les dépenses catastrophiques ruineuses pour la famille. Il apparaît donc nécessaire d'accroître les ressources dédiées à la santé et d'alléger le poids supporté par les ménages, notamment quant au paiement direct.

Ce mode de rémunération des prestataires comporte des avantages et des inconvénients. Il implique souvent un contrôle de la qualité des soins offerts et donc peut inciter à la performance et à l'amélioration de la quantité et de la qualité des soins dispensés. Toutefois, le paiement à l'acte incite aussi à la sur-prescription médicale, à une inflation des coûts et ne favorise pas l'efficacité et l'efficience du financement de la santé.

### **Analyse**

Un des éléments clés de la stratégie d'achat des prestations c'est le mécanisme de paiement des prestataires qui influence souvent la couverture et la qualité de soins offerts.

Au Cameroun il existe plusieurs mécanismes de paiements des prestataires en fonction du secteur, dont les principaux sont l'allocation budgétaire pour les structures sanitaires publiques couplée aux recettes affectées liées aux paiements directs et le paiement direct pour le secteur privé. Les autres mécanismes de paiements sont les assurances privées, les mutuelles et les subventions. Le paiement à l'acte est le mode de paiement le plus utilisé dans les formations sanitaires aussi bien publiques que privées.

#### **6.3.1.5. Achat des soins par la CNPS, les compagnies d'assurance maladie privées et les mutuelles**

La fonction d'achat exercée par la CNPS ne concerne que les accidents de travail et maladies professionnelles. Elle fonctionne essentiellement par le remboursement à l'employeur des fonds engagés pour la prise en charge des travailleurs affectés par ces risques. Il ne s'agit donc pas d'un transfert direct de ressources aux formations sanitaires.

Les compagnies d'assurance privées et les mutuelles de santé contribuent aux recettes des prestataires de soins par les mécanismes de Tiers-payant et de remboursement par l'assureur ou la mutuelle de santé. Au Cameroun, ces mécanismes d'achat de service sont parmi les derniers financeurs du système de santé. En 2011,

les assurances privées et les mutuelles camerounaises finançaient 1,2% des dépenses de santé totales dans le pays (CNS).

Les mutuelles au Cameroun qui ne couvrent pas toute l'étendue du territoire national ont des problèmes de viabilité technique et financière ce qui explique pourquoi les prestataires ne sont pas toujours disposés à collaborer avec elles. En 2013, les mutuelles de santé auraient couverts des prestations de 129 424 392 FCFA dont 88 674 966 FCFA payées uniquement par les mutuelles du Nord-ouest (10).

#### **6.3.1.6. Achat des soins par les Employeurs**

Certaines grandes sociétés telles que HEVECAM, SONARA, CDC, CAMRAIL, CNPS, SODECOTON, ALUCAM, CAMTEL, SONEL, SNI, etc. disposent de leurs propres structures de santé à l'usage de leurs employés. Elles financent la santé par la construction, l'équipement, le paiement des salaires au personnel, les médicaments et le fonctionnement des services. Ces structures offrent des services de qualité et une bonne rémunération du personnel, notamment les premiers soins ou soins de base de qualité et gratuits pour les employés. Cependant le paquet de soins offert est très limité.

La couverture des soins de santé par ces structures diffère d'une entreprise à l'autre. A titre d'exemple, à CAMRAIL tout le personnel, qui autrefois était assuré à 100%, est maintenant assuré à 80% et l'employé supporte les 20% restants. La proportion des dépenses totales en santé couvertes était de 0,3% (1 362 854 942 FCFA) dans les CNS de 2011.

#### **6.3.2. Paniers de soins couverts**

Le MINSANTE a défini un paquet minimum de soins de santé pour les formations sanitaires à partir duquel un certain nombre de soins bénéficient des politiques de gratuité ou de subvention. Le Décret 2000/692/PM du 13 septembre 2000 définit les paniers de soins couverts par les Formations sanitaires du public. Le panier de soins répond théoriquement à des principes d'équité dans l'accès aux soins pour les groupes cibles: accès à tous les soins disponibles dans les structures sanitaires publiques. Cependant, des questions de disponibilité dans les structures publiques pourraient limiter l'accès aux soins aux plus démunis (par exemple, la disponibilité du personnel qualifié, les examens complémentaires et les médicaments).

Pour les assurances maladie privées, les services couverts varient en fonction des contrats signés, tandis qu'au niveau des mutuelles de santé, le panier de soins est généralement aligné sur la capacité contributive de la population cible.

S'agissant des mutuelles de santé, c'est essentiellement les formations sanitaires avec lesquelles elle contractent qui offrent les paquets de soins (PMA, PCA), qui sont par la suite approuvés par les conseils d'administration des mutuelles et donnent leur aval pour le paquet de service à offrir.

Pour les sociétés d'assurance privées le paquet de soins est défini sur la base d'une négociation entre l'assureur et l'employeur ou l'assuré et est matérialisé dans un

contrat qui est en conformité avec la réglementation en la matière. Elle se fait aussi avec l'aide des médecins conseils.

### **6.3.5. Rapports entre prestataires de soins et agents de financement**

Dans le secteur public, les relations entre le Ministère et les formations sanitaires sont basées sur le principe de tutelle. Il n'existe pas de contrat d'objectifs ou de performance qui régissent cette relation. Le Ministère dispose de services d'inspections qui supervisent les activités des formations sanitaires.

Par rapport aux paiements directs, les prestataires ont un contact direct avec les individus qui paient pour les services offerts. Ces derniers n'ont pas suffisamment de pouvoir pour influencer la qualité de soins qu'ils reçoivent ni pour modifier les prix des services qui sont tantôt fixées par le Ministère de la santé publique, tantôt fixée par les formations sanitaires elles-mêmes.

S'agissant des assurances privées et des mutuelles de santé, il existe des conventions ou contrats qui régissent leurs relations avec les structures de soins. Ces contrats sont signés individuellement par chaque acteur. Dans la pratique on note un relatif bon fonctionnement des rapports entre les assurances privées et la formation sanitaire tandis qu'au niveau des mutuelles, du fait des difficultés que la plupart d'entre elles rencontrent pour le paiement dans les délais des factures, les rapports sont très souvent conflictuels.

### **6.3.6. Gestion et suivi des demandes**

Des demandes sont faites par les prestataires concernant les approvisionnements en produits de santé et les demandes de remboursement des frais de prise en charge des indigents auprès des services sociaux, collectivités territoriales décentralisées (CTD) et des assurances privées ou mutuelles.

Concernant les approvisionnements en produits de santé, ils sont réalisés par le système national d'approvisionnement (SYNAME) pour les formations sanitaires agréées et consistent à la mise à disposition des intrants au niveau des formations sanitaires sur la base des commandes périodiques. Après la livraison des formations sanitaires, celles-ci doivent payer les factures à partir d'un fonds de roulement pour les médicaments. Les produits gratuits sont livrés à la commande soutenue par des rapports périodiques sur l'utilisation de ces intrants.

S'agissant de la prise en charge des indigents, les formations sanitaires offrent les soins aux malades éligibles et envoient les factures aux services sociaux (pour les hôpitaux) ou à la Commune pour les centres de santé pour remboursement. Toutefois, ce mécanisme est peu fonctionnel car lent et ayant besoin de plusieurs démarches administratives pour vérification, contrôle et validation. En plus, les fonds alloués aux CTD pour les indigents sont insuffisants pour couvrir les besoins.

Le remboursement des factures dans le cas des assurances privées est fait sur la base des accords de collaboration entre les assurances et les formations sanitaires bénéficiaires. Seulement une partie des formations sanitaires accepte les bons de prise en charge émanant des assurances privées. Sur la base des accords entre les deux structures, les factures sont adressées par la formation sanitaire par acte aux assurances qui procèdent au paiement après contrôle.

### **6.3.7. Gestion de la qualité**

Dans le passé, il existait quelques mécanismes d'assurance de la qualité des soins offerts dans les formations sanitaires publiques à savoir l'outil de la « systemic quality improvement » (SQI) mis en œuvre en 2006 qui a impliqué tous les niveaux sanitaires dans une approche d'évaluation permanente et d'amélioration des performances. Sa mise en œuvre a été heurtée par l'insuffisance dans le suivi des recommandations par les acteurs. La cause principale relevée lors de l'évaluation du SQI était la mal-gouvernance et la faible capacité de gestion des districts de santé.

Depuis 2011, le Cameroun met en œuvre l'approche de gestion basée sur la performance (PBF) dans 26 districts de santé dans les régions de l'Est, du Littoral, du Nord-ouest et du Sud-ouest et 400 formations sanitaires ont été contractualisées. Le PBF est une approche de réforme de santé qui vise à améliorer les résultats en termes de qualité et de quantité des soins offerts aux populations. Ses objectifs sont de façon hiérarchique l'amélioration de la qualité des soins, l'efficacité et l'équité. La revue à mi-parcours de ce projet pilote en Avril-Mai 2013 a montré des résultats satisfaisants qui ont amené le Gouvernement à planifier son extension et mise à échelle éventuelle.

Cependant, la mise en œuvre des meilleures pratiques du PBF commence à se heurter à certaines pratiques, lois et textes en vigueur qui n'ont malheureusement pas permis de produire les résultats escomptés. Par ailleurs le fait que le PBF est encore en phase pilote ne permet pas encore d'apprécier son potentiel pour assurer la qualité des soins de façon pérenne.

### **6.3.8. Consommation rationnelle des soins**

La consommation des soins est encadrée par des textes ministériels fixant les coûts et les modalités de mise à disposition des soins aux bénéficiaires. Ces textes précisent également les mesures de contrôle pour éviter l'utilisation abusive des médicaments ou services gratuits et subventionnés en particulier. Des supervisions sont menées périodiquement pour assurer le respect de ces directives. Toutefois, sans mécanisme de compensation financière adéquate pour les formations sanitaires les prestataires développent une attitude réfractaire aux directives nationales. De plus, cela entraîne des ruptures de stocks des intrants et le développement d'un marché noir.

Depuis quelques années, le Ministère de la santé publique a démarré un processus d'élaboration des ordigrammes et protocoles thérapeutiques qui permettront de rationaliser les prescriptions. Dans le cadre du PBF, le respect des

directives nationales de prise en charge des maladies courantes est rémunéré par l'Agence d'Achat des Performances, motivant ainsi les prestataires à adhérer.

Au niveau des assurances privées et mutuelles, différentes mesures sont mises en œuvre pour rationaliser l'utilisation des soins, basées notamment sur l'action des médecins conseils.

## CHAPITRE 7 : GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE DE LA SANTÉ

Ce chapitre se propose d'analyser la gouvernance du système de protection sociale de la santé selon trois aspects: (i) structures de gouvernance et d'administration, (ii) régulation et suivi des prestataires de soins, (iii) système d'information sanitaire et outils de gestion et de prise de décision.

### 7.1. Structures de gouvernance et d'administration

Comme définis dans le chapitre 5, il existe différents sous-systèmes de financement de la santé au Cameroun, chacun ayant des structures de gouvernance et d'administration distincts.

#### 7.1.1. Financement par l'impôt

Comme indiqué plus haut, ce sous-système consiste globalement en une allocation de ressources au Ministère de la Santé et autres ministères et structures publiques, à partir des recettes collectées par le Ministère des Finances.

##### Tutelle

La tutelle de ce sous-système est assurée par le Ministère des Finances (MINFI) qui est chargé de l'élaboration de la loi de finances, la préparation, le suivi et contrôle de l'exécution du budget de fonctionnement de l'Etat, l'exécution du budget d'investissement, en relation avec le Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire (MINEPAT), des Impôts et des Douanes, du contrôle financier des organismes dotés d'un budget annexe et des Etablissements Publics Autonomes.

##### Contrôle et supervision

Le contrôle et la supervision sont assurés par une multitude d'organes à tous les niveaux: la Direction des Ressources Financière et du Patrimoine (DRFP), la Division des Etudes et des Projets (DEP), la direction de l'Organisation des Soins et de la Technologie Sanitaire (DOSTS), les Inspections Générales du Ministère de la Santé Publique, la Commission ministérielle de lutte contre la corruption, le Comité local de lutte contre la corruption dans chaque hôpital, les Brigades de contrôle du niveau central et des Délégations régionales de la santé, le Ministère en charge des finances, le Contrôle Supérieur de l'Etat, la Commission Nationale Anti-Corruption (CoNAC), le Contrôle parlementaire, la Chambre des Comptes, l'Agence Nationale d'Investigation Financière (ANIF).

##### Faiblesses

Ce sous-système présente de nombreuses faiblesses, telles que la lourdeur des procédures de prise en charge et de remboursement, la praticabilité des dispositions

existantes (obligation de paiement préalable dans le cas de la prise en charge des fonctionnaires alors que les concernés ne disposent pas toujours des moyens nécessaires), la faible diffusion de l'information et de la sensibilisation des bénéficiaires, la corruption dans le processus de traitement des dossiers, l'iniquité dans l'effectivité de la prise en charge (cas des évacuations sanitaires), insuffisance de moyens alloués à la prise en charge des personnels de l'Etat (insuffisance de la ligne budgétaire), faible régulation (faiblesse du contrôle et de l'évaluation de l'action de l'instance en charge de la gestion des dossiers de prise en charge).

### **7.1.2. Système de sécurité sociale (CNPS)**

La CNPS est le seul organisme de sécurité sociale au Cameroun. Elle ne couvre que les maladies professionnelles et accidents de travail, en matière d'assurance maladie.

#### **Tutelle**

La tutelle de la CNPS est assurée par le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MINTSS). Selon l'ordonnance N73-17 du 22 mai 1973 portant organisation de la prévoyance sociale, modifiée par la loi N84-006 du 04 juillet 1984, le MINTSS a pour mission la conception de la politique nationale de sécurité sociale, le suivi des activités des organismes publics et privés de sécurité sociale, la conception, l'application et le contrôle de la législation et de la réglementation en matière de sécurité sociale.

#### **Contrôle et supervision**

Le contrôle et la supervision sont assurés par la Sous-direction du suivi et du contrôle des organismes de sécurité sociale de la Direction de la Sécurité Sociale (MINTSS) qui contrôle les organismes et institutions de sécurité sociale (CNPS) et assure le suivi des activités et du contentieux de la sécurité sociale.

#### **Faiblesses**

La sous-direction de suivi et du contrôle, comme de nombreuses autres, souffre d'un manque de moyens ne lui permettant pas de faire des missions de terrain de manière assez régulière pour être efficace.

Parmi les faiblesses on peut aussi noter le faible leadership quant au développement de la CNPS qui se compose aujourd'hui de six branches (pensions vieillesse, invalidités, décès, risques professionnels dont les accidents de travail et les maladies professionnelles, les prestations familiales dont les prestations de maternité et autres prestations familiales) mais ne couvre pas les soins médicaux, les indemnités maladies et les prestations de chômage.

### **7.1.3. Assurance-maladie privée**

La tutelle des compagnies d'assurance privée est assurée par le MINFI. Selon l'organigramme et le code des assurances édités par la CIMA (Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance), le MINFI est responsable de la surveillance du marché des

assurances et de la réassurance, la protection de l'épargne détenue par les compagnies d'assurance, la livraison des agréments des compagnies d'assurance, le suivi de la gestion des assurances administratives, la tenue du fichier de la carte nationale des compagnies d'assurance, la liaison avec les institutions étrangères et organismes internationaux et inter-régionaux dans le secteur des assurances.

Cependant, le sous-système souffre d'une faible régulation, l'absence ou la faible accessibilité des voies de recours pour les assurés en cas d'abus des assureurs et l'insuffisance de l'implication de la tutelle dans l'établissement des clauses de contrats d'assurance afin de préserver les droits de l'assuré.

Le contrôle et la surveillance des compagnies d'assurance sont assurés par l'Inspection des Assurances qui est en charge de la rédaction et la mise à jour des guides de contrôle, la coordination au niveau national, le suivi des dispositifs de contrôle interne et fait la liaison avec la commission régionale de contrôle des assurances. Cependant, le contrôle est effectué seulement sur pièce, ce qui affecte son efficacité.

#### **7.1.4. Assurance maladie à base communautaire**

Pour ce sous-système, la tutelle est partagée entre le Ministère en charge de l'Administration Territoriale (MINAT), le MINTSS et le MINSANTE. Selon la Loi N90/53 du 19 Décembre 1990 relative à la liberté d'association et la Loi N90/00 du 10 Août 1992 sur les coopératives et les groupes d'initiative commune (GIC), le MINTSS est chargé de l'élaboration des normes et contrôles des mutuelles, de l'encadrement des mutuelles et des sociétés de secours mutuelles, et de l'identification et promotion des mutuelles de santé.

Plus précisément, le contrôle des mutuelles est assuré par la Cellule de Promotion de la Mutualité du MINTSS. La supervision, quant à elle, est partagée avec la Direction de la Promotion de la Santé du MINSANTE, en charge du développement et du suivi des activités des mutuelles de santé, de la participation à la mise en œuvre du système de protection sociale en liaison avec les administrations et organismes concernés.

Ce sous-système souffre de l'absence d'un cadre juridique approprié notamment de l'absence d'un code de la mutualité, un problème de leadership au niveau des promoteurs des mutuelles et un manque de moyens pour accomplir les missions de supervision du MINSANTE.

#### **7.1.5. Mutuelle de santé des fonctionnaires**

De même que pour les mutuelles communautaires, les mutuelles des fonctionnaires sont sous la tutelle partagée du MINAT, MINTSS et MINSANTE. Le contrôle et la supervision sont également assurés par la Cellule de Promotion de la Mutualité du MINTSS. Les faiblesses dans la régulation s'expliquent notamment par le fait que les activités de ce sous-système sont très peu documentées.

### **7.1.6. Services de santé financés par l'employeur (hors CNPS) dans le secteur privé et parapublic**

Ce sous-système est sous la tutelle directe du MINTSS. Le code du travail et les conventions collectives diverses définissent son rôle en tant que responsable de la conception et l'élaboration des normes en matière de santé et de sécurité au travail, du contrôle de leur application, de l'expertise médicale en matière d'accident du travail et maladies professionnelles, l'agrément à l'exercice de la médecine du travail et la surveillance médicale des travailleurs. Le contrôle et la supervision se fait par l'Inspection du travail, mais uniquement sur pièce, ce qui représente une faiblesse majeure.

### **7.1.7. ONG et partenaires techniques et financiers**

Les ONG, partenaires nationaux et internationaux sont sous la tutelle partagée du MINSANTE et MINAT dont le rôle est de s'assurer du respect du cahier de charges des ONG. Cependant on note une faiblesse dans le suivi et l'évaluation de l'action des ONG œuvrant dans le secteur de la santé (absence de cartographie, faible maîtrise de leurs interventions, absence de rapport d'activités), la coordination de l'action de ces ONG (non-respect du système national d'approvisionnement en médicaments, des cahiers de charges signés) et quelques fois l'inadéquation entre leurs actions et les besoins réels des populations.

Il n'existe pas de contrôle à proprement dit, toutefois dans les conventions signées avec le MINSANTE, il leur est exigé de produire des rapports d'activités au moins annuellement. La supervision est effectuée par la Division de la Coopération du Ministère de la Santé (DCOOP) qui est en charge de l'élaboration, coordination et suivi des conventions de partenariat avec les ONG nationales et internationales, du suivi de la coopération technique avec les pays étrangers et les organismes internationaux, de l'instruction des dossiers de partenariat et de la tenue du fichier des ONG et autres organisations intervenant dans le domaine de la santé et du suivi de la mise en œuvre des conventions bilatérales et multilatérales du domaine de la santé.

### **7.1.8. Initiatives officielles des Elus du peuple dans le cadre de leurs missions**

#### **(Députés et Sénateurs dans le cadre des mini-projets)**

La tutelle est partagée entre le MINFI et le MINSANTE. La loi de 2007 sur la réforme des finances publiques institue le contrôle parlementaire et chaque année la Loi de finances dote les Députés et Sénateurs d'un montant donné. Cependant, il y a un manque de coordination des actions de ces élus qui parfois ne correspondent pas aux véritables besoins des populations. De plus il n'existe aucun suivi, évaluation, supervision ou contrôle de l'usage de cet argent public.

### 7.1.9. Initiatives personnelles des Elus du peuple, Elites et donateurs divers

Certains membres de la communauté donnent des moyens financiers et/ou matériels directement aux structures de santé. Cependant, il n'existe aucun organisme de tutelle, supervision ou contrôle. Il y a donc très peu d'information disponible sur ce sous-système de financement.

En conclusion, le MINSANTE n'a pas une bonne maîtrise de l'ensemble des sous-systèmes de financement de la santé en termes de connaissance exhaustive de leurs existences, activités, gouvernance, contrôle, suivi-évaluation, et de leur apport véritable dans la couverture sanitaire des populations. Enfin on note que l'engagement des autorités de tutelle est variable et il y a un manque de cohésion dans l'action des différentes autorités en cas de tutelle partagée.

### 7.2. Régulation et suivi des prestataires de soins

Le tableau suivant recense les domaines régulés, ou non, de l'offre de soins, la tarification des services, et les assurances privées.

**Tableau 10 : Domaines régulés et non régulés**

Infrastructure et ressources humaines de la santé	Ces aspects sont-ils réglementés ? (oui, non, partiellement)
Nombre de médecins	Oui, normes OMS
Nombre d'hôpitaux	Oui, carte sanitaire et critères y relatifs (distance maximale à parcourir pour atteindre une formation sanitaire: 5km / 1h de marche)
Localisation des cliniques	Oui, carte sanitaire et critères y relatifs (distance maximale à parcourir pour atteindre une formation sanitaire: 5km / 1h de marche)
Localisation des hôpitaux	Oui, au moins un hôpital régional par région, un de district par district de santé, un centre de santé par aire de santé
Nombre et distribution des services diagnostiques de haute technologie	Non, toutefois répond aux orientations politiques du chef de l'Etat en fonction des besoins contextuels.
Nombre et distribution des lits d'hôpitaux	Oui, normes OMS
Nombre de chambres d'hôpitaux au prix standard	Non
<b>FOURNITURE DE SOINS DE SANTE</b>	
Utilisation d'équipements de haute technologie	Partiellement, PMA et PCA des formations sanitaires définis et existence d'un document de politique nationale de la technologie sanitaire
Âge et longévité des équipements médicaux de haute technologie	Non, seulement les informations des fabricants
Système de prescription et différenciation fonctionnelle	Partiellement, les ordinogrammes existent pour certaines maladies, un guide thérapeutique national est en cours d'élaboration depuis plusieurs années, la liste nationale des médicaments essentiels est établie par niveaux de formations sanitaires
<b>PRIX DES SERVICES</b>	
Co-paiements des services couverts	Oui
Frais directs pour les services couverts ou non couverts	Partiellement, il existe une tarification officielle mais qui ne couvre pas tous les actes et soins
<b>ASSURANCE-MALADIE PRIVEE</b>	
Primes	Non
Paquet de soins	Non
Prestations minimum	Non
Adhésion	Non

Les domaines non régulés impactent négativement sur l'accès et la qualité des soins délivrés à la population.

### **7.3. Système d'information sanitaire et outils de gestion et de prise de décision**

De manière générale, le système national d'information sanitaire est faible et ne permet généralement pas d'informer la prise de décision. Cependant il est à noter que le SNIS est en cours de refonte, il sera à terme totalement informatisé, avec une liste d'indicateurs à collecter plus courte et pertinente.

Pour l'instant le SNIS ne comprend pas d'indicateurs lié au financement de la santé. L'unique document retraçant l'ensemble des flux financiers du secteur, les Comptes Nationaux de la Santé, est en cours d'institutionnalisation. La faiblesse du SNIS est un frein à l'élaboration des CNS, par conséquent les derniers Comptes Nationaux disponibles sont ceux de 2012.

## SECTION III : EVALUATION DE LA PERFORMANCE ET PERSPECTIVES

### CHAPITRE 8 : PERFORMANCE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE

Ce chapitre se propose d'analyser la performance du système de financement de la santé selon six critères: (i) mobilisation des ressources, (ii) niveau de couverture de la population, (iii) Degré de mise en commun au sein du système de financement de la santé, (iv) protection contre le risque financier, (v) niveau d'équité du financement de la santé, (vi) efficacité des prestations.

#### 8.1. Mobilisation des ressources

**Tableau 11** : Indicateurs de performance du système de financement de la santé 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013
Dépense totale en santé (million de FCFA)	585,463	640,928	676,603	738,521
Dépense totale en santé (% du PIB)	5.0 %	5.1 %	5.0 %	5.1 %
Dépense totale en santé par habitant (FCFA)	35,454	39,808	37,942	41,674
Dépense des administrations publiques en santé (million de FCFA)	176,385	222,123	219,307	256,071
Ratio de prépaiement (DAPS/DTS)	30.1 %	34.7 %	32.4 %	34.7 %
Espace budgétaire (DAP/PIB)	19.9 %	19.6 %	20.2 %	20.4 %
Espace budgétaire pour la santé (DAPS/DAP)	7.6 %	9.1 %	8.0 %	8.6 %
Financement extérieur pour la santé (million de FCFA)	41,855	28,689	61,741	46,648
Dépendance aux donateurs (FINEX/DTS)	7.1 %	4.5 %	9.1 %	6.3 %

Source : MINFI, Lois de règlement, INS, Comptes Nationaux et Comptes Nationaux de la Santé, WHO, Global expenditure database.

Depuis 2010, le niveau de dépense en santé a significativement augmenté. En 2013, celle-ci représentait 67 US\$ par habitant, soit 35,454 FCFA, la troisième plus élevée de la région d'Afrique Centrale et de l'Ouest. Pour comparaison, il a été estimé qu'une dépense de 86 US\$ par habitant était nécessaire afin d'atteindre une Couverture Santé Universelle avec un panier de soins complet (Mc Intyre et Meheus, 2014). De la même manière, la dépense des Administrations publiques en santé a augmenté depuis 2010 et représente une part grandissante des dépenses totales en santé (34.7% en 2013).

Pour ce qui est du niveau de financement, on note que l'espace budgétaire reste stable autour de 20% et l'espace budgétaire pour la santé oscille entre 7 et 9%. Ceci reste en dessous de l'engagement pris lors de la déclaration d'Abuja en 2001, qui était d'allouer au minimum 15% au secteur de la santé d'ici 2015.

Le financement extérieur évolue en dents de scie, avec un maximum de 9.1% des dépenses totales de santé. La part des dépenses de santé venant des donateurs reste faible, cependant il est important de noter que certains programmes (notamment le Programme Elargi de Vaccination et le Comité National de Lutte contre le VIH/SIDA) reposent majoritairement sur les financements extérieurs, ce qui nuit à la soutenabilité de leurs plans de financement.

**Tableau 12: Indicateurs spécifiques pour les dispositifs d'assurance maladie (en FCFA)**

	Mutuelles communautaires	CNPS (branche ATMP)	Assurance maladies privées
<b>Taux de cotisation par an et par personne</b>	5,000	2 à 5 % cotisation de l'employeur (selon le secteur d'activité)	155,000 (adulte) 75,000 (enfant)
<b>Recettes effectives sur dispositif</b>	198,720,456	NA	27,889,361,091
<b>Dépenses totales</b>	211,872,646	NA	28,765,404,428

Source : BIT, Synthèse des dispositifs de protection sociale, 2013, Moualal Ekenga, Inventaire des dispositifs de protection sociale en santé, 2015.

On note que dans les deux cas documentés (mutuelles communautaires et assurances maladies privées) la branche maladie est déficitaire, et ce indépendamment du taux de cotisation faible ou élevé. En parallèle, il est important de souligner un taux de fraude fiscale de 24.4% sur le budget de l'Etat, qui réduit significativement le rendement du financement par l'impôt.

## 8.2. Niveau de couverture de la population

**Tableau 13 : Niveau de couverture de la population**

	Mutuelles de santé	CNPS (branches ATMP)	Assurance maladies privées	TOTAL
<b>Population couverte</b>	79,812	1,163,534	190,408	1,433,754
<b>% de la population totale</b>	0.36%	5.24%	0.86%	6.46%

Source : BIT, Synthèse des dispositifs de protection sociale, 2013, CNPS, Moualal Ekenga, Inventaire des dispositifs de protection sociale en santé, 2015.

Un total de 6.46% de la population est couvert par un mécanisme de protection dont 5.24% ne sont couverts uniquement que pour les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il en ressort donc que seulement 1.4% de la population bénéficient d'une protection contre le risque maladie. La Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 a défini pour cible 40% de la population couverte d'ici 2027.

**Tableau 14 : Niveau de couverture par quintile de population**

Quintile de revenus	CNPS	Autre assurance fournie par l'employeur	Mutuelle de santé communautaire	Souscription individuelle à une assurance privée	Autre	Aucune
<b>Le plus pauvre</b>	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1	99.9
<b>Second</b>	0.0	0.3	0.6	0.1	0.4	98.8
<b>Moyen</b>	0.2	0.8	0.8	0.1	0.4	97.9
<b>Quatrième</b>	0.6	1.4	1.3	0.1	0.4	96.6
<b>Le plus riche</b>	0.8	3.2	1.6	0.6	0.9	93.6

Source : EDS 2011

Le taux de couverture est différent selon le revenu des ménages. En effet, pour le quintile le plus riche, le taux est de 6.4% alors que pour le quintile le plus pauvre il est de 0.1%. Il est intéressant de noter que pour les populations les plus pauvres, le mécanisme dominant est la mutuelle de santé, alors que pour les populations les plus aisées, l'assurance est le plus souvent fournie par l'employeur (hors CNPS).

Le taux de couverture est aussi fonction du genre, puisqu'en moyenne 98% des femmes et 96% des hommes déclaraient n'être couverts par aucun mécanisme de protection contre le risque maladie (EDS, 2011).

### **8.3. Niveau de mise en commun dans le système de financement de la santé**

Il existe de nombreux mécanismes de financement de la santé associés à des pools distincts. Par exemple, chaque mutuelle est indépendante et donc représente un pool, ce qui équivaut à 58 pools pour ce système (Moualal Ekenga, 2015). Les assurances privées sont aussi indépendantes et donc représentent 16 pools (BIT, 2013). A ceux-ci s'ajoute le pool de la CNPS, ceux des mutuelles de fonctionnaires, etc. Le système de financement de la santé est donc fortement fragmenté, avec une mise en commun très limitée.

Globalement, les mécanismes d'assurance maladie représentent seulement 3% des dépenses totales en santé, autre preuve de la faiblesse de la mise en commun des ressources (OMS, 2013).

## 8.4. Degré de protection contre le risque financier

### 8.4.1. Ratio de prépaiement

Le ratio de prépaiement, comme défini ci-dessus, est en augmentation depuis 2010 mais reste faible (34.7%), ce qui favorise le système de paiements directs des soins par les ménages. Ceci a pour conséquence une forte barrière financière à laquelle doit faire face la population dans l'accès aux soins de santé.

### 8.4.2. Paiements directs des usagers et dépenses catastrophiques

Les paiements directs ont un impact inégal sur les populations (tableau 15). Le poids des dépenses en santé et le pourcentage de ménages faisant face à des dépenses catastrophiques diffèrent entre les quintiles de dépense de consommation des ménages. En moyenne, les dépenses de santé représentent 4,8% des dépenses totales des ménages, et 0,6% de la population totale fait face aux dépenses catastrophiques en santé au seuil de 40%.

**Tableau 15 : Niveau de dépenses en santé par quintile de dépense de consommation du ménage**

Quintile de dépense de consommation du ménage	Dépense de santé (en %) de la dépense totale	Dépense de santé par habitant (F CFA)	Dépense moyenne annuelle de consommation par ménage	Part (en %) dans la consommation totale	Pourcentage de ménages faisant face aux dépenses catastrophiques au seuil de :				
					5%	10%	15%	25%	40%
Premier	3,7	6 817	611 686	6,8	23,3	8,5	4,5	1,1	0,2
Deuxième	3,7	10 809	1 150 616	10,7	23,3	8,8	4,2	1,1	0,3
Troisième	4,1	15 767	1 696 657	15,1	24,8	8,8	5,0	1,8	0,5
Quatrième	4,8	23 345	2 504 857	21,5	28,8	11,9	6,1	2,3	0,9
Cinquième	5,4	47 917	5 315 826	45,9	30,8	13,0	7,1	3,2	1,1
<b>Total</b>	<b>4,8</b>	<b>22 897</b>	<b>2 145 850</b>	<b>100,0</b>	<b>26,0</b>	<b>10,1</b>	<b>5,3</b>	<b>1,8</b>	<b>0,6</b>

Source : INS, ECAM4, 2014

Pour les personnes couvertes par un mécanisme de protection du risque financier, les paiements directs sont aussi un facteur d'inégalité. En effet, dans le cas des accidents du travail et des maladies professionnelles, les patients sont parfois obligés d'avancer tout ou partie des frais au moment des soins avant de demander leurs

remboursements à l'employeur. Les autres mécanismes ont des taux de co-paiement variables : à la mutuelle des fonctionnaires, le co-paiement représente entre 40% et 70%, dans les mutuelles communautaires entre 10% et 50% et pour les assurés des compagnies privées, aux alentours de 20% (BIT, 2013).

## **8.5. Niveau d'équité du financement de la santé**

Il existe une multitude de mécanismes d'exonération des soins de santé telle que la prise en charge gratuite des orphelins et des indigents, la gratuité ou la subvention des traitements de certaines maladies prioritaires (voir détails chapitre 5). Cependant, l'impact de ces mesures sur l'équité du système de santé n'a pas été évalué.

Au niveau des mutuelles et assurances, le montant des primes est forfaitaire et n'est pas fonction de la capacité à payer de l'assuré.

## **8.6. Efficience du système**

### **8.6.1. Niveau d'efficacité opérationnelle**

Au niveau de l'offre de soins, plusieurs facteurs freinent l'efficacité du système : Il existe peu de normes en matière de prise en charge (protocoles de soins, guide de prescriptions des médicaments, etc.). De plus, dans certaines formations sanitaires on note des pratiques de confiscation et de détournement des malades. Enfin il n'y a pas d'audit systématique des décès dans les formations sanitaires.

Au niveau du système de santé, on observe une faible application des critères d'évaluation du rendement des personnels de santé et par ricochet une répartition souvent arbitraire des *quotes-parts* aux personnels, qui n'obéit pas aux dispositions des décrets de 1993 y relatif. En parallèle, il y aurait encore beaucoup de détournements de recettes dans les hôpitaux, ce qui réduit l'assiette des recettes à redistribuer en termes de *quotes-parts*.

Ce manque d'efficacité opérationnelle s'explique par la faiblesse du système de santé dans son ensemble, notamment par le fait que les taux de rémunération des personnels de santé ne fournissent pas une rémunération appropriée aux prestataires de soin.

### **8.6.2. Niveau d'efficacité administrative**

La fragmentation du système de financement de la santé est un frein à l'efficacité administrative. Par exemple dans le système mutualiste, chaque mutuelle étant gérée indépendamment, le coût administratif est très élevé (42% vs norme UEMOA 15%). Les prestations, quant-à-elles, représentent 57.5% des dépenses totales par an (BIT, 2013). Comme démontré précédemment, le système des mutuelles, qui a un bilan négatif (tableau 12), n'est pas viable (Moualal Ekenga, 2015).

Au niveau des assurances privées le ratio des frais administratifs se situait à 33% en 2012 soit au-dessus de la norme CIMA qui est de 25%. Ces structures ne sont donc pas efficaces.

## CHAPITRE 9 : PERSPECTIVES

### 9.1. Synthèse des acquis et défis

#### 9.1.1. Les acquis

L'analyse du système de financement de la santé au Cameroun montre que certains acquis ont été obtenus et pourraient servir de base dans la construction du système pour l'extension de la couverture en santé.

- Existence d'une diversité de mécanismes d'exemption et de subvention des soins mis en place par le Gouvernement pour permettre aux populations notamment les plus démunies et aux populations vulnérables d'accéder aux soins de santé. Ces mécanismes de gratuité ou subventionnés contribuent à un certain degré à l'instauration d'une équité sociale ; ils bénéficient d'une budgétisation et d'une dotation financière ;
- Existence des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé qui œuvrent notamment dans la gestion technique du risque maladie au profit des mutuelles de santé ;
- Expérience relativement significative en matière de mutualité avec un bon fonctionnement de certaines mutuelles corporatistes ;
- Expérimentation du Financement Basé sur la Performance avec des résultats relativement significatifs ;
- Etat principal fournisseur de soins (56%) et existence d'un secteur privé relativement important (44% dont 33% pour le secteur à but non lucratif)

#### 9.1.2. Les défis majeurs

- i) En rapport avec les trois dimensions de la couverture universelle en santé

##### Couverture de population

- Absence de couverture pour environ 94 % de la population camerounaise.

##### Coûts couverts

- Proportion élevée des paiements directs des ménages (70% CNS 2012), ceci implique qu'une proportion considérable des ménages est exposée aux dépenses catastrophiques et à l'appauvrissement lié aux dépenses de santé.

##### Paquet de services

- La détermination du panier de soins curatifs, son contenu et les modalités de son financement ne sont pas clairement spécifiés dans le système de santé. Il est assez faible pour les mutuelles de santé communautaires, principaux mécanismes de mutualisation du risque au Cameroun. En ce qui concerne les mécanismes de gratuité, il existe un rationnement implicite des services causé par une offre insuffisante dans les structures publiques et un problème de ciblage des bénéficiaires.

- ii) En rapport avec les trois fonctions de financement de la santé et sa gouvernance

##### Collecte de fonds

- Faible part du budget du Ministère de la Santé dans le budget général de l'Etat.
- Difficultés de recouvrement des cotisations au niveau des mutuelles de santé liées en grande partie au caractère volontaire de l'affiliation et à l'absence de mécanismes de prélèvement automatique ;

- Financement extérieur relativement faible et volatile, avec un faible leadership de la partie nationale quant à la détermination des domaines prioritaires à financer et la synergie dans les interventions des partenaires ;

### Mutualisation

- Fragmentation du système de financement de la santé: existence de plusieurs mécanismes de financement, plus ou moins fonctionnels qui sont gérés par différents départements ministériels et institutions avec une faiblesse évidente de coordination. Cette fragmentation indique une faible solidarité et des faiblesses de redistribution des ressources entre eux et entre les couches sociales. Cela génère aussi de l'inefficience dans l'utilisation des ressources (duplication des fonctions administratives et des frais administratifs afférents élevés) et favorise l'iniquité dans le financement et dans l'accès aux soins ;
- Partage de risque à très faible échelle au niveau des mutuelles de santé (faible pénétration, faible capacité contributive des populations cibles); ceci a pour conséquence la couverture d'un paquet de prestations très limité.

### Achat des prestations

- Déséquilibres majeures dans la répartition des ressources publiques : 33% des dépenses publiques de santé sont captées par les fonctions administratives, un niveau relativement élevé par rapport aux autres pays d'Afrique; les allocations ne sont pas basées sur des critères objectifs, ce qui aggrave les disparités régionales.
- Faible part des dépenses publiques allouées aux structures du premier échelon de la pyramide sanitaire ;
- Modes de financement des hôpitaux (forfait, subventionnement, paiement à l'acte) non liés aux coûts réels et non incitatif à la performance des institutions (efficacité, qualité). La pratique du paiement à l'acte, comme principal mécanisme de paiement des prestations peut inciter à des abus dans la prescription des soins (aléa moral lié à l'assurance santé) ;
- Insuffisances dans le contrôle de l'effectivité des prestations et de la conformité des factures dans les mécanismes publics (gratuité) de prise en charge ;
- Faiblesses de capacité de gestion technique au niveau des mutuelles de santé, avec pour conséquence des insuffisances dans les aptitudes de négociation avec l'offre de soins et dans le contrôle et la vérification des prestations ;
- Faible viabilité des mutuelles de santé avec pour conséquences des dettes importantes vis-à-vis des formations sanitaires.

### Gouvernance

- Gouvernance fortement centralisée, y compris dans l'attribution des budgets ;
- Faible régulation du secteur, insuffisances de coordination et d'optimisation du parcours de soins et de contrôle de la qualité. Il en découle une faible réactivité de l'offre de soins (système de référence et contre référence non fonctionnel, manque de référentiels de traitement, défis relatifs à la complémentarité public-privé) ;
- Absence d'un système performant d'information sanitaire ;
- Absence de clarté dans la tutelle et la répartition des responsabilités entre les Ministères impliqués dans le financement de la santé.

## **9.2. Pistes de réformes proposées**

Les grandes lignes de réformes proposées autour des dimensions-clés de la couverture universelle et des fonctions du financement de la santé se présentent comme suit :

## **i) Augmenter la couverture de la population et améliorer la mise en commun des ressources**

Le Gouvernement a depuis quelques années affiché sa volonté d'augmenter la part de la population couverte par la protection sociale en santé. En effet, une Commission Technique mise en place par le Premier Ministre avait mené en 2009 une réflexion sur la réforme du système de sécurité sociale camerounais. Il avait notamment été proposé la mise en place d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Plus récemment, un Comité Technique sur la CSU a été mis en place, regroupant différents acteurs sous la co-présidence des Ministres chargés de la Santé et de la sécurité sociale. Une feuille de route a été adoptée par ce comité comprenant diverses activités et études devant permettre de faire des propositions au Gouvernement pour la mise en place progressive d'un système de couverture universelle en santé.

A cet effet, l'une des prochaines actions prioritaires de ce comité consistera à la définition d'une architecture globale du système de couverture universelle en santé. Cette architecture devrait permettre d'une part la prise en compte de chaque catégorie de la population et d'autre part de définir les mécanismes appropriés pour la gestion des relations avec l'offre de soins.

Les principes directeurs sur lesquels cette réflexion est fondée sont :

- l'universalité (couverture de l'ensemble de la population sans discrimination) ;
- la solidarité nationale (équité dans la contribution et l'accès aux soins) ;
- la responsabilité générale de l'Etat (Etat garant du bon fonctionnement du système).

## **ii) Mobiliser plus de ressources**

La question des mécanismes de financement doit être abordée sous plusieurs angles :

- Quelle sera la contribution des différents groupes socioéconomiques ? Cette question amènera à identifier préalablement ces différents groupes puis à déterminer leur capacité contributive.
- Quel sera la part de financement de l'Etat ? Pour des raisons de solidarité et d'équité, tous les groupes socioéconomiques ne pourront pas contribuer à hauteur du montant qui sera calculé en fonction du panier de soins. L'Etat devra organiser des mécanismes de solidarité nationale (transferts sociaux nationaux) par un financement par l'impôt, les taxes ou autres ressources mobilisables au sein de l'espace budgétaire. L'impact de la part de l'Etat dans le financement de la couverture universelle en santé devra être évalué à terme afin de mesurer son effet sur l'équilibre des finances publiques (projections actuarielles).
- Quelle sera la part des transferts sociaux internationaux ? De plus en plus, des mécanismes de transferts sociaux s'organisent au niveau mondial pour la prise en charge sanitaire de certaines pathologies ou catégories spécifiques de population. Les transferts sociaux internationaux pour la santé peuvent être captés par la CSU,

mais celle-ci devra être en mesure de distinguer les financements à court terme et ceux plus pérennes et adapter ses programmations budgétaires en conséquence.

### **iii) Améliorer l'efficacité dans l'utilisation des ressources**

- Restructurer le mécanisme actuel de paiement à l'acte pour instaurer un mécanisme plus efficace : le paiement hybride<sup>3</sup>, le paiement à la performance, le paiement à l'épisode, le prix de la journée avec définition du contenu, le paiement par capitation<sup>4</sup> pourraient être envisagés. Ces mécanismes de paiement semblent prometteurs et appropriés en ce sens qu'ils pourraient inciter les prestataires de soins à porter une plus grande attention aux coûts et à la qualité de soins.
- Des actions visant à inciter à une plus grande performance économique (en terme d'efficacité administrative, d'efficacité) sont nécessaires pour remédier au besoin de financement des structures publiques de santé.
- D'autres stratégies de lutte contre la sur prescription doivent être utilisées, telles que la généralisation de l'utilisation des ordigrammes et protocoles thérapeutiques, le respect du système de référence et contre référence, la promotion et l'utilisation systématique des MEG dans un cadre général de maîtrise des dépenses de soins et de lutte contre l'explosion des dépenses liées aux médicaments.

### **iv) Renforcer la gouvernance du financement de la santé pour une meilleure équité, régulation et transparence**

- Un cadre de concertation et de dialogue politique regroupant les principaux acteurs du financement de la santé doit être mis en place et rendu opérationnel ;
- Redéfinir les modalités d'allocation des subventions aux formations sanitaires. Il convient de baser la définition des budgets des régions sanitaires sur des critères d'allocation liés aux besoins (comme la taille de la population ciblée, la charge de morbidité, le taux de pauvreté, les infrastructures et équipements existants, le niveau d'utilisation, la qualité des indicateurs fournis, etc.) pour s'assurer notamment que les districts sanitaires reçoivent les ressources nécessaires pour réaliser les améliorations attendues par la population, tout en renforçant la transparence et la reddition de compte pour les moyens mis en œuvre et les résultats atteints.
- Renforcer la régulation du secteur privé à travers la définition d'une carte sanitaire intégrée prenant en compte le secteur privé dans toutes ses composantes et la contractualisation de l'offre privée de soins ;
- Engager la réforme du secteur pharmaceutique ;
- Répondre à l'augmentation attendue de la demande des soins avec des exigences de qualité à travers l'amélioration de l'offre des soins et la qualité dans le secteur public notamment : l'accroissement des Ressources Humaines en Santé et leur répartition équitable, le renforcement du système de référence, l'introduction des normes de bonne pratique ; le renforcement de la supervision et du suivi local des activités sanitaires.

<sup>3</sup>On parle d'un système de paiement hybride quand, dans une structure de soins ou dans un système de santé, on utilise deux ou plusieurs modes de paiement de façon simultanée pour le paiement des prestations.

<sup>4</sup>Mécanisme de paiement consistant à payer un forfait au prestataire non pas par cas de maladie mais par personne couverte par le système d'assurance durant une période déterminée.

### 9.3. Prochaines étapes

La prochaine étape principale consiste en l'élaboration d'une stratégie cohérente de financement de la santé vers la CSU.

Pour ce faire, à la suite de cette analyse du financement de la santé, différentes activités et études complémentaires doivent être réalisées. Il s'agit notamment de :

- L'élaboration d'une architecture cohérente du système de couverture universelle en santé. L'architecture de la couverture universelle en santé peut être définie comme un ensemble cohérent de mécanismes ou instruments de regroupement et de gestion des fonds pour permettre la prise en charge collective des dépenses liées à l'accès des populations aux soins et services de santé.

L'analyse a montré que plusieurs de ces mécanismes existent déjà au Cameroun, mais ils fonctionnent de façon fragmentée et ont un très faible impact. La préoccupation majeure est de voir comment spécialiser chacun de ces mécanismes selon son avantage comparatif, d'une part et comment créer des articulations entre ces mécanismes pour avoir un système cohérent d'autre part.

- La définition d'un panier de soins et services de santé de base à garantir à l'ensemble de la population et soutenable par la solidarité nationale.
- La réalisation de l'étude sur l'espace fiscale pour la CSU notamment l'identification des mécanismes de financements innovants et leur faisabilité.

## CONCLUSION

Cette étude dresse un diagnostic du système de financement de la santé, des mécanismes de collecte, de mise en commun des fonds et d'achat des services de santé. Elle a permis, sur la base des données disponibles de comprendre comment s'effectuent actuellement la levée des fonds, la mise en commun des ressources et l'utilisation des ressources disponibles.

Au terme de ce diagnostic, il apparaît une grande fragmentation au niveau des trois fonctions du financement de la santé et un très faible impact en termes de population couverte et de panier de services offerts.

Il apparaît donc opportun d'élaborer une stratégie cohérente de financement de la santé pour, d'une part une plus grande mobilisation des ressources et une grande mutualisation du risque et d'autre part, garantir un panier essentiel de services de santé à un plus grand nombre de la population notamment les plus vulnérables.

Cette étude suscite un ensemble de réformes du système de santé dont certains chantiers sont en cours notamment la réforme hospitalière, la stratégie de financement de la santé qui concourront à la mise en place de la CSU. En outre le chemin vers la CSU appelle :

- Un Leadership politique assuré pour CSU ;
- Le Renforcement du Partenariat pour la CSU ;
- Le Plaidoyer pour la CSU ;
- La Communication pour la CSU ;
- L'Education au partage du risque maladie ;
- L'accélération de la croissance économique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Cameroon health country report status, Banque Mondiale 2013
2. Réduire la pauvreté, la vulnérabilité et les risques: Numéro spécial sur les filets de protection sociale. Cahiers Économiques du Cameroun N° 5, Banque Mondiale 2013.
3. Ministère des Finances. Budget Programme, quel bilan après le premier triennat ? (2015) <http://www.minfi.gov.cm/index.php/en/pressroom/actualites/347-budget-programme-ciep-2015>
4. Institut National de la Statistique. 2e enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun (PETS 2) : Rapport principal, volet santé. 2010
5. Etude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun. MINEPAT et UNFPA, 2012.
6. INS, Comptes nationaux 2011; World Bank. Country/Cameroon. 2014. <http://www.data.worldbank.org>
7. Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État 2015
8. INS-ECAM 4, 2015
9. Réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun, BIT 2010
10. Synthèse de l'Inventaire des dispositifs de protection sociale en santé, Moualal Ekenga, BIT 2014.
11. Plan de Développement des Ressources Humaines : État des lieux et diagnostic, MINSANTE (2012).
12. Rapport Feuille de Route MINSANTE 1er semestre 2015
13. Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027
14. Ministère de la Santé Publique & OMS. Enquête sur l'évaluation du secteur pharmaceutique. 2003
15. Murray, Christopher JL, et al. "Global, regional and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition." The Lancet (2015).
16. Banque Mondiale, Cahier économique du Cameroun, juillet 2013
17. Nos calculs à partir des données de l'Institute of HealthMetrics and Evaluation (IHME). 2014. Data visualizations: Development Assistance for Health. <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>

