

NOTE TECHNIQUE D'ORIENTATION

MISE EN ŒUVRE DU MECANISME CSU AU CAMEROUN

Pour progresser vers l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle, à l'instar de bien nombre de pays notamment dans la région africaine, le Cameroun a fait le choix de mettre en place un mécanisme de couverture du risque maladie dénommé CSU, tel que préconisé par l'ODD 3.8 ; qui allie aussi bien la couverture en services de santé à travers un paquet de soins et de services de santé essentiels de qualité et la protection contre les risques financiers visant la réduction des dépenses directes de santé

Parti d'un engagement au sommet de l'Etat en 2017, le développement de cette CSU est passé par l'élaboration d'une stratégie de développement de la CSU et d'une stratégie de financement de la santé incluant l'ensemble des parties prenantes.

Le mécanisme de CSU au Cameroun se définit comme un système national de couverture en santé qui requiert les services des prestataires, renforcer l'offre et la demande des services et s'assurer qu'aucun ménage ne bascule dans la pauvreté en raison des dépenses de santé. Il s'agit donc d'un système national qui vise à assurer une disponibilité de prestations de santé de qualité auxquelles les populations peuvent accéder sans basculer dans la pauvreté”.

La protection contre les risques financiers liés à la maladie repose sur un système de couverture obligatoire, alliant deux régimes l'un de contribution basée sur la capacité contributive des adhérents et l'autre d'assistance dans lequel l'Etat se substitue aux populations indigentes pour couvrir leur cotisation.

En vue d'assurer la mise en œuvre du dispositif de protection contre les risques financiers de la CSU, un partenariat public privé a été établi avec une entreprise privée SUCAM pour la gestion de la CSU.

Les fonctions confiées à SUCAM concernent : l'enrôlement, l'immatriculation des populations, la gestion du système d'information, la collectes des contributions sociales du secteur informel, la mise en commun des fonds dédiés à la gestion de la CSU, le conventionnement des FOSA, le contrôle médical et l'achat des services.

En vue d'orienter d'encadrer la gestion de la CSU et sa mise en œuvre conformément aux principes d'universalité, de solidarité, de responsabilité de l'Etat et d'affiliation obligatoire des bénéficiaires, plusieurs textes légaux ont été définis dont un avant-projet de loi sur la CSU.

En vue d'orienter sa mise en œuvre il a été sollicité auprès de l'OMS un conseil sur le démarrage de la CSU et l'accréditation des structures sanitaires.

La présente note technique est élaborée pour donner quelques orientations en la matière.

Elle se base, sur les principes de l'objectif de la CSU repris par l'ODD.3.8, sur les orientations techniques en matière de financement de la santé, sur les expériences pays de la région africaine.

Démarrage de la CSU : phase pilote, catégories de populations

Par où commencer ? Est la question qu'il faut se poser mais à laquelle la réponse trouve son sens dans la définition de la Couverture Sanitaire Universelle en tant qu'objectif et dans le contexte du pays lui-même en matière d'accès aux soins et de protection financière des individus.

En effet, la Couverture Sanitaire Universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait **accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, 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.

En mettant en place la CSU au Cameroun comme mentionné plus haut, le gouvernement s'engage à assurer une offre de soins de qualité disponible et à réduire les dépenses de santé directes des populations qui sont estimées à plus de 70% des dépenses courantes de santé. Ceci dans un contexte de pauvreté importante des populations caractérisé par un indice de pauvreté estimé à 37,5% en 2014 avec 8,1 millions de pauvres. En outre, le coefficient de Gini qui permet d'apprécier l'ampleur de l'inégalité dans la distribution du revenu national était de 0,465 en 2016, soit une augmentation de 0,076 par rapport à 2013. Ceci traduit une augmentation de l'écart de revenus entre les couches sociales les plus pauvres et celles les plus riches de la population, avec pour conséquence une disparité grandissante dans l'accès aux prestations de santé.

C'est ce contexte qui milite en faveur de la mise en place de la CSU et de tout son intérêt notamment pour les populations les plus vulnérables en l'occurrence les pauvres qui pourraient grâce à ce mécanisme bénéficier de soins adéquats sans s'appauvrir davantage.

Qui couvrir en premier ?

L'analyse de la protection en santé faite dans le cadre de l'élaboration de la stratégie nationale de financement montre qu'une partie de la population accède et utilise les services de santé et constitue de ce fait les populations les plus avantagées. Ceci d'autant plus que parmi elles et notamment les catégories de populations telles que les fonctionnaires, les militaires, les salariés du secteur privé formel bénéficient déjà pour eux et leurs dépendants de régime de prépaiement, donc de régime de couverture du risque financier lié à la maladie.

Tandis que les populations les plus pauvres sont plus affectées par les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement et apparaissent donc prioritaires. Toutefois, les populations ne bénéficiant pas de couverture du risque financier lié à la maladie ne sont pas toutes pauvres. Bien des acteurs du secteur informel ne sont pas couverts par l'assurance maladie et pourtant ne sont pas pauvres. Le besoin de couverture pour cette population est à organiser et le faisant sur la base de l'assurance maladie obligatoire, on pourrait par un ciblage rigoureux identifier ceux dans la population qui sont effectivement les plus pauvres et qu'il faut assister

La mise en place d'un système de couverture tel que représenté par la CSU au Cameroun qui répond donc aux besoins des populations les plus pauvres en matière de santé peut permettre de réduire ces inégalités.

Opérationnalisation du mécanisme de couverture : par où commencer ?

Des expériences pays ont montré que le processus d'opérationnalisation des mécanismes de couverture constitue un voyage. Il n'y a pas de recette magique prête, chaque pays organise sa mise en œuvre en fonction du système pour lequel il a opté et selon son contexte national. Toutefois, il y a des principes qui doivent rester maîtres dans les décisions politiques et stratégiques à prendre.

L'opérationnalisation d'un tel mécanisme répond à une démarche importante de réduction des inégalités dans l'accès aux soins et de la pauvreté en faveur du développement durable.

En outre, sur la base du principe d'équité, la mise en place de la CSU quelques soient les mécanismes développés doit s'accompagner d'une réforme aussi bien dans le financement de la santé que dans le renforcement de l'offre de soins.

Le processus de mise en œuvre ou d'opérationnalisation consiste donc à avancer en même temps sur la mise à disposition de l'offre de soins que sur la fonctionnalité du mécanisme de couverture du risque maladie pour la protection contre les dépenses catastrophiques.

Concernant l'offre de soins, elle doit être disponible et de qualité, et couvrir un minimum de prestations existantes qui pourront être achetées sur la base d'un ensemble de critères de qualité. Cela requiert que l'offre de soins soit mise à niveau et des investissements conséquents devront donc se faire dans ce sens.

Concernant le mécanisme de protection contre le risque financier, il devra démarrer avec un minimum de financement tenant compte de la réglementation définie pour son fonctionnement et des résultats des différentes études de coûts et actuarielles pour couvrir la population de démarrage ciblée.

Selon certaines expériences pays, la mise en œuvre a démarré avec des catégories de populations, soit dans des régions soit dans des zones géographiques cibles. Qu'il s'agisse d'un processus pilote ou autre, le démarrage devra tenir compte du fait qu'il faudra tester le dispositif entier et sur toutes les fonctions qu'ils couvrent notamment :

- Au niveau assurantiel : l'enrôlement et l'immatriculation, la facturation, le remboursement, le suivi de l'information et le système informatique, le contrôle médical, la validation des actes, le paiement des prestataires, le médicament, etc.
- Au niveau de l'offre : il faudra être assuré de couvrir l'ensemble des niveaux de la pyramide sanitaire permettant le référencement

Il s'agira de tester les outils et le processus et assurer les corrections nécessaires pendant une durée relativement courte (6 mois – 1an) avant de prétendre étendre et généraliser.

Accréditation et conventionnement des structures sanitaires

Dans le cadre de la couverture du risque financier en santé, un panier de soins est défini dont les prestations retenues sont offertes par des établissements sanitaires, et leur achat effectué par l'organisme tiers-payant, gestionnaire du mécanisme de couverture, avec lequel les établissements sanitaires sont dans une relation contractuelle.

L'achat des prestations se fait sur la base d'un minimum de qualité offerte convenu entre le prestataire et l'acheteur dans le cadre d'un dispositif de contractualisation ici le conventionnement qui pourra couvrir la tarification, les modalités de paiement ou remboursement aux structures sanitaires, etc.

L'accréditation quant à elle, dans le domaine de la qualité des soins, est la reconnaissance par un organisme d'accréditation en soins de santé de l'application adéquate des normes de qualité par un établissement de santé. Elle est octroyée à l'issue d'une évaluation externe indépendante réalisée par des pairs, qui apprécient le niveau de performance de l'établissement délivrant les soins par rapport aux normes définies.

L'accréditation permet de conclure que l'établissement offre des soins selon une qualité requise. L'accréditation se fait par un organisme externe accréditeur reconnu et indépendant.

Conclusion

La mise en place des mécanismes de protection contre le risque financier doit s'accompagner des investissements nécessaires au renforcement des systèmes de santé existants. L'attractivité des prestations de santé ainsi attendue est une condition sine qua non au développement de l'assurance maladie indispensable à l'abolition progressive du paiement direct, et à la protection des populations contre les dépenses de santé catastrophiques. L'accroissement de la demande qui est induite par ces mécanismes dans un système de santé notamment fragile appelle à des actions conséquentes de renforcement des systèmes de santé et à des anticipations au risque de conduire le système de santé à un effondrement si elles ne sont pas entreprises.