

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN



MINSANTE

Stratégie de développement de la Couverture Santé Universelle au Cameroun

MARS 26, 2020



EQUIPE DE RÉDACTION



Supervision Générale:

- **Docteur MANAOUA Malachie**, Ministre de la Santé Publique
- **Monsieur HAYATOU Alim**, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique chargé des Epidémies et des Pandémies

Supervision Technique:

- **Pr. KOULLA-SHIRO Sinata**, Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique

Coordination Générale:

- Groupe Technique National de la CSU (GTN-CSU).
- **Dr MAHAMAT Fanne épouse OUSMAN**, Directeur DPS/MINSANTE

Secrétariat Technique:

- **Dr OWONO LONGANG Elise Virginie**, DPS/MINSANTE
- **TIZI Nasser Bangai**, DPS/MINSANTE



TABLE DE MATIERES

EQUIPE DE RÉDACTION.....	ii
TABLE DE MATIERES.....	iii
PRÉFACE.....	vi
REMERCIEMENTS.....	vii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	viii
GLOSSAIRE.....	x
1. CONTEXTE.....	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Vision.....	2
1.3 Ancrage institutionnel.....	4
1.3.1 Au plan international.....	4
1.3.2 Au plan national.....	4
1.4 Cadres de référence et méthodologique.....	5
1.4.1 Cadre conceptuel de référence.....	5
1.4.2 Processus d'élaboration de la stratégie de CSU.....	7
2. ANALYSE DE LA SITUATION.....	8
2.1 Contexte socioéconomique et démographique.....	8
2.2 Situation actuelle de la santé.....	9
2.3 Financement de la santé.....	10
2.4 La protection contre le risque financier.....	11
2.4.1 Couverture de la population.....	11
2.5 L'incidence des dépenses catastrophiques.....	12
2.6 Couverture des services.....	14
2.7 La disponibilité des services de santé.....	15
2.8 La qualité des services en santé.....	16



2.9 Services de santé essentiels.....	16
2.10 Les déterminants de la santé.....	19
2.11 Gouvernance du système CSU.....	19
2.12 Analyse des défis à relever.....	21
2.11.1 Analyse des forces et faiblesses	21
2.13 Grands défis.....	25
2.14 Conclusion.....	26
3. STRATÉGIES DE COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU CAMEROUN.....	27
3.1 Axe Stratégique 1: Gouvernance	27
3.2 Axe Stratégique 2: Couverture de la population.....	30
3.3 Axe Stratégique 3: Couverture des services.....	32
3.4 Axe Stratégique 4: Protection financière.....	35
4. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE	37
4.1 Structures de mise en œuvre du système CSU.....	37
4.2 Structure d'orientation: le Conseil Supérieur de la Santé et de l'Hygiène Publique (CSSHP).....	38
4.3 Organe de gestion de la CSU.....	38
4.4 Les organismes délégués.....	39
4.5 Les administrations publiques.....	39
5. SUIVI ET L'ÉVALUATION.....	42
5.1 Mécanismes de suivi-évaluation.....	42
5.2 Cadre logique suivi-évaluation - les indicateurs traceurs.....	42
6. COÛT DE LA STRATÉGIE (2020-2030).....	46
6.1 Coût programmatique de l'intervention de la CSU sur la période 2020-2030.....	46
ANNEX 01: CADRE LOGIQUE DE SUIVI-ÉVALUATION.....	49
ANNEX 02: COÛT PRÉVISIONNEL PAR ANNÉES.....	59



Liste des Figures

Figure 1: Les trois dimensions de la Couverture Santé Universelle – OMS.....	6
Figure 2: Cadre de renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la Couverture Santé Universelle et des Objectifs de Développement Durable.....	7
Figure 3: Dépense de santé en pourcentage des dépenses totales de santé au Cameroun de 2012 à 2016.....	10
Figure 4: Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du gouvernement au Cameroun de 2012 à 2018.....	11
Figure 5: Architecture organisationnel et institutionnel pour la mise en œuvre de la CSU.....	37
Figure 6: Distribution des coûts par CSU phasage.....	48

Liste des Tableaux

Tableau 1: Résumé des mécanismes de protection financière au Cameroun.....	13
Tableau 2: Couverture des services essentiels.....	18
Tableau 3: Analyse des forces et faiblesses.....	21
Tableau 4: Cadre logique de suivi-évaluation pour le développement de la CSU – Indicateurs traceurs.....	43
Tableau 5: Coût par axe stratégique	46
Tableau 6: Coût par Interventions stratégique.....	47

Liste des Encadrés

Encadré 1: Principales stratégies de la gouvernance	27
Encadré 2: Principales stratégies de la couverture de la population.....	30
Encadré 3: Principales stratégies de la couverture des services.....	32
Encadré 4: Principales stratégies de protection financière.....	35

PRÉFACE



Le Gouvernement du Cameroun a pris de nombreux engagements en faveur du secteur de la santé parmi lesquels la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) réaffirmée par le Chef de l'Etat dans son discours à la nation le 31 décembre 2017.

Cette stratégie de développement de la CSU (2020-2030) compte tenu des progrès considérables réalisés dans le domaine de la santé au cours des dernières décennies servira d'instrument pour accélérer les progrès vers la réalisation de la Couverture Santé Universelle au Cameroun.

La stratégie est un document de référence qui vise à réformer le système de santé à l'horizon 2030, afin que l'ensemble de la population Camerounaise ait accès aux soins et services de santé de qualité dont elle a besoin sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières. Les axes stratégiques et d'interventions majeurs définis permettront d'accroître la couverture de la population aux services de santé de qualité. Ce document précise aussi les stratégies à déployer pour réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé. Enfin, la stratégie renforce la

bonne gouvernance en impliquant efficacement les principaux acteurs à tous les niveaux de la production des services de santé et les bénéficiaires des interventions de santé.

La stratégie de développement de la CSU a été élaborée avec les contributions des acteurs du Groupe Technique National chargé de la mise en place de la CSU et tire la force de son ancrage dans les politiques et les objectifs internationaux et nationaux clés. Parmi ceux-ci, on peut citer les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, et les objectifs de développement durable (ODD). Cette stratégie est alignée également sur l'orientation de la vision de la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2030 et la Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2020/Perspective Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 2020-2030).

A ce titre, j'invite tous les acteurs nationaux et internationaux, étatiques et non étatiques, à s'engager pour œuvrer à la réalisation optimale des objectifs de cette stratégie.

Docteur MANAOUDA MALACHIE

Ministre de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

Le processus d'élaboration de la stratégie de développement de la CSU au Cameroun est le résultat d'un processus qui a été lancée par le Groupe Technique National chargé de la mise en place de la CSU.

Le présent document a été élaboré en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers du secteur santé.

Nous adressons nos remerciements aux différents responsables des Directions, Programmes, des projets et aux différents personnels des formations sanitaires et Sociétés Civiles, qui de leurs contributions significatives ont apporté une plus value dans l'élaboration de ce document.

C'est également le lieu d'exprimer notre sincère reconnaissance et notre gratitude à toute l'équipe de l'OMS, et aux principaux Partenaires Techniques et Financiers dont la disponibilité et l'efficacité ont concouru significativement à la production de ce document.

L'équipe de Rédaction.



SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CIPRES	: Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale	MINEPAT	: Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
CMA	: Centre Médicaux d'Arrondissement	MINESEC	: Ministère des Enseignements Secondaires
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale	MINFI	: Ministère des Finances
CNS	: Comptes Nationaux de Santé	MINSANTE	: Ministère de la Santé Publique
CNSHP	: Conseil National de la Santé et de l'Hygiène Publique	MINTSS	: Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale
CSI	: Centres de Santé Intégrés	OBC	: organisations basées dans la communauté
CSU	: Couverture Santé Universelle	OCEAC	: Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
CTD	: Collectivités Territoriales Décentralisées	ODD	: Objectifs de Développement Durable
DHIS	: District Health Information Software	OG	: Organe de Gestion
DPS	: Direction de la Promotion de la Santé	OIT	: Organisation Internationale du Travail
DSCE	: Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi	OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
DSRP	: Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté	OSC	: Organisation Société Civile
ECAM	: Enquête Camerounaise Auprès des Ménages	PIB	: Produit Intérieur Brut
EDS	: Enquête Démographique de Santé	PM	: Premier Ministre
FOSA	: Formations Sanitaires	PSV	: Personnes Socialement Vulnérables
GHED	: Base de données Mondiale des dépenses de santé (Global Health Expenditure Database)	RHS	: Ressources Humaines de la Santé
GTN-CSU	: Groupe Technique National -CSU	SARA	: Service Availability and Readiness Assessment
HFA	: Health Facility Assessment	SFS	: Stratégie de Financement de la Santé
IFORD	: Institut de Formation et de Recherche Démographiques	SMART	: Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions survey
INS	: Institut National de la Statistique	SND	: Stratégie Nationale de Développement
MICS	: Multiple Indicator Cluster Survey (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples)	SNIS	: Système National d'Information Statistique
MINAS	: Ministère des Affaires Sociales	SSS	: Stratégie Sectorielle de Santé
MINDEF	: Ministère de la Défense	STEPS	: STEP wise approach to Surveillance
MINEDUB	: Ministère de l'Education de Base	VIH/SIDA	: Virus de l'Immuno déficience Humaine/Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

GLOSSAIRE

- Affiliation** : Rattachement ou adhésion d'une personne à un régime de protection sociale
- Bénéficiaire** : Toute personne affiliée à la CSU (ou encore adhérent)
- Capacité Contributive** : Il s'agit de la capacité d'un individu ou d'un ménage à pouvoir contribuer aux préparations pour les services de santé ou les cotisations du régime de protection sociale en fonction de son revenu.
- Cotisation** : Toute somme versée obligatoirement à l'organe de gestion de la CSU en contrepartie des prestations de soins et services de santé garantie par le régime de protection sociale.
- Couverture** : Couverture de la population par des services essentiels de santé garantis par le système.
- Efficacité** : Il s'agit de l'optimisation des ressources. Il s'agit de produire une quantité donnée de produits de qualité au moindre coût possible.
- Équité** : L'équité dans le financement de la santé signifie que les ménages financent les services de santé en fonction de leur capacité. L'équité en l'accès aux services de santé correspond à l'absence de disparités systématiques en matière de santé entre les groupes appartenant à différents niveaux sociaux avec les désavantages ou avantages qui leur sont propres, comme la richesse, le pouvoir etc.
- Immatriculation** : Opération administrative qui consiste à attribuer à chaque personne affiliée ou bénéficiaire un numéro d'identification unique, qui permettra son identification et son suivi dans les différents organismes.
- Indigent** : Toute personne se trouvant dans l'incapacité de satisfaire ses besoins fondamentaux et identifiée comme telle conformément à la réglementation en vigueur

- Ménage** : Personne ou ensemble de personnes ayant des liens de parenté ou non, et qui partage de manière habituelle un même logement et un même repas
- Organe de gestion** : Structure opérationnelle de gestion qui assure la mise en commun des ressources et l'orientation du flux de financement (achat stratégique) aux différents niveaux du système de santé (prestations).
- Organisme de gestion déléguée** : Toute structure publique ou privée qui par une convention de délégation avec l'organe de gestion de la CSU, est chargée de gérer une ou plusieurs fonctions techniques dudit organe de gestion
- Panier de soins** : Ensemble des actes, biens et services médicaux pris en charge par la CSU
Ensemble des services, biens/produits et soins de santé pris en charge
- Prestataire de soins et services** : Toute structure conventionnée assurant les fonctions préventives, curatives, palliatives, de réadaptation et de promotion de la santé.
- Protection Financière** : Lorsqu'il existe une protection contre les risques financiers, cela signifie que l'utilisation des services de santé par les ménages n'affecte pas leur capacité à demander des services de santé ou à renoncer à d'autres nécessités du ménage comme la nourriture, le logement, etc
- Couverture Santé Universelle (CSU)** : Il s'agit d'un concept qui vise à s'assurer que la population bénéficie des services de santé de qualité dont elle a besoin et que personne ne rencontre des difficultés financières pour utiliser ces services.
- Vulnérables** : L'ensemble des personnes faisant partie des groupes qualifiés de vulnérables en fonction de l'état physiologique ou de l'exposition particulière au risque. Il s'agit notamment des femmes enceintes, des femmes allaitantes, des personnes du troisième âge, des enfants de moins de 5 ans, des personnes vivant avec handicap majeur et des enfants.

1. CONTEXTE

1.1 Introduction

La Couverture Santé Universelle (CSU) est l'un des chantiers concourant directement à la mise en place d'un socle de protection sociale dans un pays. En effet, La résolution de l'Assemblée générale sur les objectifs de développement durable (ODD), «Transformer notre monde: le Programme de développement durable à l'horizon 2030», souligne que la CSU est le moteur principal de l'ODD 3¹. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dont le Cameroun est un des Etats membres, la Couverture Santé Universelle, « *vise à promouvoir l'accès aux soins et services de santé de qualité, sans discrimination aucune afin de protéger les populations y compris les plus vulnérables contre le risque financier.*»

Dans ce contexte, le Cameroun, comme la plupart des pays dans le monde et en Afrique en particulier, fait de la protection sociale, un levier important de sa politique sociale visant à promouvoir l'accès des populations aux services sociaux de base et de qualité.

Dans son message à la Nation, le 31 décembre 2017, le Chef de l'Etat, **Son Excellence Monsieur Paul BIYA**, déclarait: «*Nous allons poursuivre nos efforts, afin de faire bénéficier à nos populations des soins de santé de qualité et accessibles à tous. C'est dans cette optique que j'ai donné au Gouvernement l'instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle.*» Dans le processus de mise en œuvre de cette réforme du système de santé, visant à garantir un accès équitable aux soins de santé à tous les camerounais, le Gouvernement a créé un Groupe Technique National CSU (GTN-CSU) multisectoriel, coprésidé par le Ministre de la Santé Publique et le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale. La mission principale de ce groupe est de faire des propositions au Gouvernement sur les différents aspects de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun.

La marche vers la Couverture Santé Universelle au Cameroun fait face à plusieurs défis pour son opérationnalisation, notamment la faiblesse des

¹ L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté le 25 septembre 2015 un programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030) par laquelle CSU occupe une place prioritaire dans l'agenda des Objectifs de Développement Durable (ODD) définis dans son objectif 3, cible 8

mécanismes de mobilisation des ressources financières de prépaiement des dépenses de santé capables de soutenir la prise en charge du panier de soins. Ceci entraîne un taux élevé des dépenses des ménages (70% des dépenses de santé courante en 2018). La part du budget de l'Etat allouée à la santé est également très faible et fluctue entre 5,01% et 3,89% entre 2015 et 2020, alors que la Déclaration d'Abuja de 2001 préconise 15%². A ce titre, les très faibles dépenses de l'Etat allouées à la santé entraînent un taux élevé des dépenses des ménages. En 2012 la dépense de santé courante moyenne par habitant été de 34 000 FCFA (67 dollars USD) et cette dépense étaient supportées à hauteur de 70% par les ménages³.

Malgré l'existence au Cameroun de plusieurs mécanismes de la protection sociale dans le domaine de la santé (sous forme de prépaiement et subventions sociale), ils fonctionnent de façon fragmentée et ont un impact très faible. Ainsi, selon le rapport OASIS (Juin 2016), seulement 6,46% de la population camerounaise est couverte par un mécanisme de protection sociale en santé, avec un taux de mutualisation (appartenance à des mutuelles de santé) du risque maladie de 2%⁴.

Dans le but d'orienter la mise en place de la CSU en fonction des réalités locales propres au Cameroun et relever les défis y afférents, le Gouvernement à travers le Groupe Technique National s'est engagé à élaborer un plan stratégique de développement de la CSU au Cameroun.

Cet outil qui se veut fédérateur des interventions multisectorielles, est un document d'orientation, de ciblage et de cadrage à mettre en œuvre pour garantir un accès équitable aux services de santé des populations.

Ce plan stratégique de développement de la CSU aborde 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. Ces mécanismes sont notamment l'établissement d'un système national de couverture santé universelle, la mobilisation de ressources, y compris le prépaiement des cotisation et l'achat stratégique de services de santé de qualité pour les bénéficiaires, en fonction des besoins et de la capacité contributive.

Les points suivants sont développés dans ce document: l'analyse situationnelle, les axes stratégiques de développement de la CSU, le dispositif de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

1.2 Vision

Énoncé de la vision: À l'horizon 2030, l'ensemble de la population camerounaise a accès aux soins et services de santé de qualité dont elle a besoin sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières au moment d'utiliser le service.

2 Déclaration d'Abuja en 2001 "Les chefs d'État des pays de l'Union Africaine se sont engagés à fixer un objectif consistant à allouer au moins 15 % de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé».

3 MINSANTE, Comptes Nationaux de la Santé 2012, publiés en 2016.

4 MINSANTE, 2016, Rapport OASIS

Cette vision induit que pour progresser vers la CSU, le Cameroun va mettre en œuvre des mesures fortes de protection sociale en santé de toute la population à travers un système national de couverture en santé qui acquiert les services des prestataires, renforce l'offre et la demande des services et s'assure qu'aucun ménage ne bascule dans la pauvreté en raison des dépenses de santé.

Axes et objectifs stratégiques (OS) : Cette vision se décline en quatre axes et objectifs stratégiques qui orientent sa mise en œuvre devant permettre de progresser vers la CSU d'ici à l'horizon 2030.

1. **Gouvernance: OS1:** Mettre en place le dispositif juridico-institutionnel et renforcer l'apprentissage, l'efficacité et la pérennité de la CSU
2. **Couverture de la population: OS2:** D'ici 2030, 70% de la population est couverte en protection sociale de santé par les mécanismes de la CSU en renforçant les autres mécanismes de couverture complémentaire
3. **Couverture des services: OS3:** D'ici 2030, accroître de 40 à 60% la couverture des services de santé essentiels en assurant une extension progressive du paquet de soins et services de santé de qualité couverts
4. **Protection financière en santé: OS4:** Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de **70% à 35% d'ici à 2030.**

Principes directeurs: Cette vision est soutenue par quatre principes directeurs à savoir : l'universalité, la solidarité nationale, la responsabilité générale de l'Etat et l'affiliation obligatoire des bénéficiaires.

- I. **Universalité:** Toutes les couches de la population sans distinction, ont accès à un paquet de prestations de base de qualité et le plus large possible, correspondant aux besoins des populations.
- II. **Solidarité nationale:** Elle s'exprime par une différenciation des contributions selon les revenus et l'organisation de transferts sociaux à travers l'espace fiscal, pour le subventionnement des cotisations vers les populations les plus défavorisées. Elle se caractérise par l'équité contributive et l'équité d'accès aux soins. Chaque individu contribue en fonction de son revenu mais tous ont droit aux mêmes prestations en cas de besoins.
- III. **Responsabilité générale de l'Etat:** La santé est un bien public et la protection sociale un droit consacré par la constitution, d'où la responsabilité majeure de l'Etat dans sa réalisation. L'Etat a ainsi un rôle fort à jouer dans la planification et la régulation des systèmes de protection sociale.
- IV. **Affiliation obligatoire:** Conformément aux notions de solidarité et d'universalité, on ne peut réellement envisager une extension de la couverture à tous que sur la base d'une affiliation obligatoire.

1.3 Ancrage institutionnel

L'élaboration du plan stratégique de la CSU est guidée par des politiques et des instruments juridiques au niveau international et national.

1.3.1 Au plan international

- **Recommandations de l'OMS:** La CSU tire son fondement dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, qui stipule que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Également sur la notion de santé pour tous définie dans la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 et renforcé par la déclaration d'Astana en 2018 sur les soins de santé primaires.
- **Les Objectifs de Développement Durable:** La CSU occupe une place prioritaire dans l'agenda des Objectifs de Développement Durable (ODD) définis en 2015 en son objectif 3, cible 8.
- **Les recommandations sur la protection sociale en santé :** Plusieurs déclarations et dispositions internationales ont depuis quelques années positionnées l'accès aux soins de qualité pour tous comme une priorité mondiale. Il s'agit de la Déclaration politique de Mexico sur la Couverture Santé 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. Également, l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019 d'une déclaration de haut niveau sur la CSU où les États Membres s'engagent à mettre en œuvre des politiques « à haut impact » pour protéger la santé des personnes et à cibler des politiques de financement efficace dans le domaine de la santé.

- **La Convention de l'OIT n° 102 sur la sécurité sociale et la recommandation de l'OIT n° 202 sur les socles de protection sociale:** Qui recommandent aux États membres des orientations pour établir ou maintenir les socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale.
- **Déclaration d'ASTANA (2018):** Qui mobilisent aux États membres en faveur d'investissements accrus pour les soins de santé primaires comme la pierre angulaire du renforcement des systèmes de santé en vue d'accélérer les progrès vers la Couverture Sanitaire Universelle.

1.3.2 Au plan national

- **La Constitution du Cameroun:** Il affirme dans son préambule que «l'Etat assure à tous les citoyens les conditions nécessaires à leur développement»



- **La loi cadre dans le domaine de la santé:** Au Cameroun, l'action de l'Etat dans le domaine de la santé est encadrée par la Loi N°96/03 du 04 Janvier 1996, qui donne des orientations pour la politique nationale de santé pour tous.
- **La Vision 2035:** Il prévoit de «réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable» et dans son plan social (i) la densification des infrastructures sociales; (ii) l'élargissement du système de sécurité sociale et (iii) le renforcement des dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale pour doter la population camerounaise d'un bon état de santé et d'éducation.
- **Le Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2019/ Perspective Stratégie nationale de développement 2020-2030 (SND 2020-2030):** Dans son Orientation 247, le DSCE préconisait la couverture d'au moins 40% de la population contre le risque maladie d'ici à 2020 et dans l'Orientation 513, l'allocation de 9% du budget de l'Etat à la santé d'ici à 2019. Dans le cadre de la SND 2020-2030 en cours de finalisation, la mise en œuvre de la CSU est définie comme l'une des interventions phares dans le pilier développement humain.
- **La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2016 - 2027:** La SSS positionne l'accès aux soins de qualité pour tous comme une priorité dans son vision: «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».
- **La stratégie de financement de la santé (SFS 2019-2030):** La SFS donne priorité à la CSU par les stratégies à déployer pour mobiliser davantage de ressources financières en faveur du secteur de la santé, puis assurer une redistribution stratégique des ressources mobilisées, assurer une protection financière, l'équité et ainsi garantis l'utilisation des services essentielle de qualité.
- **La Politique Nationale de Protection Sociale :** La Politique Nationale de Protection Sociale définit dans sa mission la mise en place et l'opérationnalisation d'un système de protection sociale cohérent et intégré qui améliore la qualité et les conditions de vie de la population en réduisant la pauvreté et la vulnérabilité et en renforçant les moyens de subsistance et la résilience. Elle propose le renforcement des systèmes non-contributifs et contributifs de protection sociale y compris la santé.

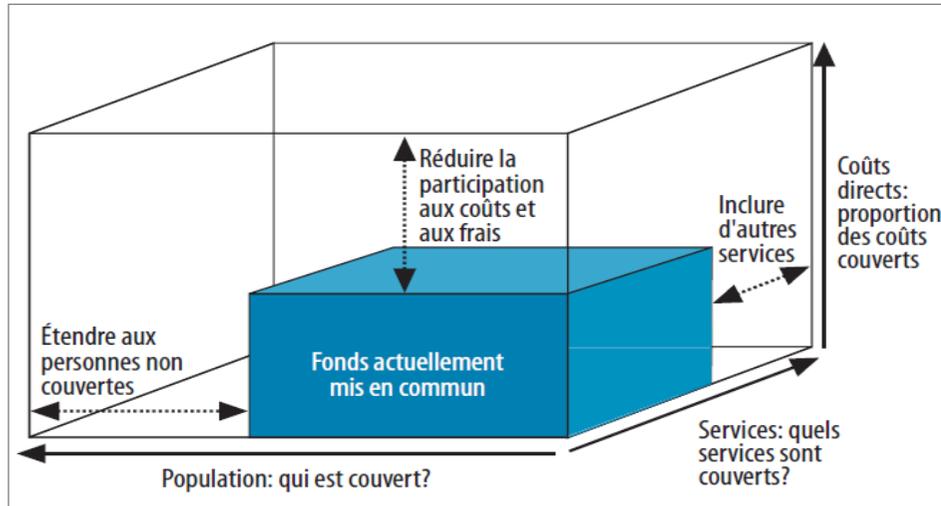
1.4 Cadres de référence et méthodologique

1.4.1 Cadre conceptuel de référence

Selon l'orientation de l'OMS, la CSU repose sur trois dimensions inter reliées à savoir: (a) la couverture de l'ensemble de la population – qui est couvert? (b) Un éventail complet de services de santé en fonction des besoins- Quels services sont couverts? (c) Une protection financière

contre le paiement direct des services de santé utilisés – Quelle proportion des coûts est couverte? (**Figure 1**).

Figure 1: Les trois dimensions de la Couverture Santé Universelle – OMS



Source: Site web OMS, http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en.

Selon les trois dimensions présentées par l'OMS, pour "se rapprocher de la CSU, le pays devrait fournir des services aux personnes qui en ont le plus besoin mais qui n'en reçoivent pas du fait des barrières financières et autres, fournir davantage des services à ceux qui en reçoivent actuellement mais pas tout ce dont ils ont besoin, et augmenter la fraction des dépenses

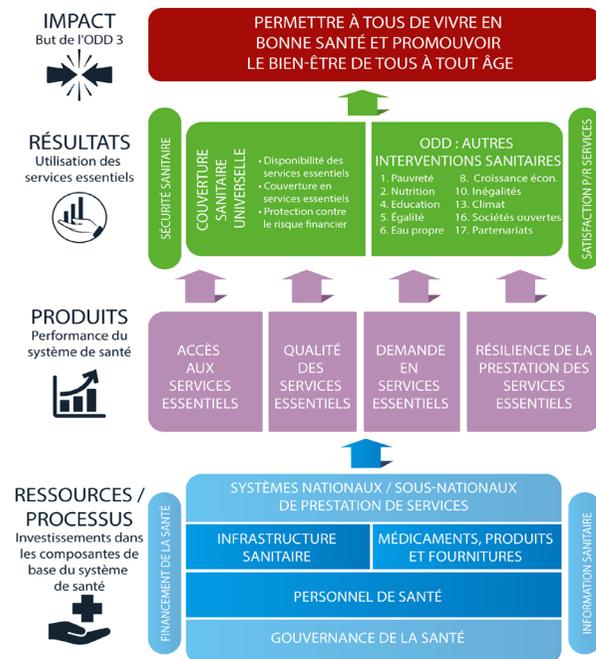
de santé financées par des fonds communs pour améliorer la protection financière"

A ces trois dimensions, une quatrième s'ajoute, à savoir la Gouvernance qui est transversale à l'ensemble des trois autres, il permet de consolider la crédibilité et la soutenabilité du système CSU.

Ce cadre simplifié fournit l'architecture pour la stratégie de développement de la couverture santé universelle au Cameroun avec quatre objectifs stratégiques principaux à savoir; **Gouvernance, Population couverte, Services couverts, et Protection financière.**

Aussi, selon les lignes directrices de l'OMS, la réalisation de la CSU est largement liée à l'amélioration et l'investissement dans les composantes de base d'un système de santé. En effet pour qu'un système de santé soit performant, il faut renforcer tous ses piliers relatifs à Gouvernance de la santé – Financement de la santé - les ressources humaines (RHS) – infrastructure sanitaire – les produits médicaux et la technologie sanitaire– prestations sanitaires – information sanitaire tel que décrit dans la **Figure 2** ci-dessous.

Figure 2: Cadre de renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la Couverture Santé Universelle et des Objectifs de Développement Durable



Source: Site web OMS, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272275/9789290233893-fre.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

La **Figure 2** présente les liens entre les sept piliers d'un système de santé et les contributions à l'atteinte de la CSU et des ODD. L'élaboration de ce stratégie de développement de la CSU prend en considération les contributions des tous ces piliers d'un système de santé (figure 2 ci-dessus), et mettant l'accent sur l'alignement avec d'autres stratégies de santé,

notamment la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) et la stratégie de financement de la santé dans leurs aspects de renforcement de l'offre de soins et d'amélioration des fonctions du financement de la santé.

Ainsi, sur cette base et comme le montre la (**Figure 1**) par exemple, pour progresser vers la Couverture Santé Universelle au Cameroun, il faudra veiller à ce que les fonds mis en communs assurent protection financière d'une proportion importante de la population et que les services couverts soient complets répondant aux besoin essentiels de la population afin que les ménages n'aient pas à supporter des coûts qui menacent leurs moyens de subsistance.

1.4.2 Processus d'élaboration de la stratégie de CSU

La méthodologie d'élaboration de la stratégie de la CSU a suivi les étapes suivantes:

- i. **Consultations des parties prenantes:** Le MINSANTE a engagé un processus de consultation avec les autres ministères (MINTSS, MINAS, MINEPAT, MINFI) et d'autres parties prenantes, y compris les partenaires au développement, la société civile et les prestataires de services publics et privés.
- ii. **Mise en place d'une équipe au MINSANTE de coordination de l'élaboration de la stratégie:** Cette équipe a été constituée pour assurer

la supervision technique et l'orientation de l'élaboration de la stratégie.

- iii. **Revue documentaire:** Analyse de tous les documents pertinents, documents de politiques, le plan stratégique du secteur de la santé, les rapports d'évaluation du MINSANTE, les rapports d'enquêtes sur la santé.
- iv. **Interviews avec les parties prenantes:** Des représentants gouvernementaux et non gouvernementaux ont été rencontrés pour recueillir des données supplémentaires et qualitatives sur les principaux défis à la mise en place de la CSU au Cameroun ainsi que des informations sur les stratégies proposées.
- v. **Ateliers de consultation avec les parties prenantes:** Deux ateliers consultatifs des parties prenantes et plusieurs réunions ont été organisés pour obtenir des informations en vue de l'élaboration de la stratégie de la CSU.
- vi. **Validation technique de la stratégie de la CSU:** Des avant-projets de la stratégie de la CSU ont été produits et discutés entre les membres de l'équipe du GTN-CSU.
- vii. **L'adoption de la stratégie de développement la CSU:** Une cérémonie officielle d'adoption a été organisée avec la participation des toutes les parties prenantes.

2. ANALYSE DE LA SITUATION

En se référant au cadre conceptuel (*Figure 1*), l'analyse de la situation sur la Couverture Santé Universelle au Cameroun sera structurée autour des points suivants: le contexte socioéconomique et démographique, le cadre organisationnel, institutionnel et juridique de la protection sociale en santé en vue d'une Couverture Santé Universelle, et les grands défis à relever.

2.1 Contexte socioéconomique et démographique

Selon les projections du BUCREP (2015), le taux d'accroissement de la population du Cameroun était estimé à 2,6% par an. D'après les projections faites, en 2018 la population cibles des interventions de santé était de 24 863 337 (vingt quatre millions huit cent soixante-trois mille trois cent trente sept) habitants⁵. À ce rythme la population devrait atteindre 36 millions d'habitants en 2035. La majorité de la population est jeune (43,6% à moins de 15 ans) et seulement 5,5% de celle-ci a 60 ans ou plus⁶. Plus de deux camerounais sur trois (69,7%) sont considérés comme actifs,

avec 90,5% d'entre eux exerçant dans le secteur informel⁷. L'agriculture demeure la principale activité économique, employant environ 63,5% de la population. En 2018, le Produit Intérieur Brut (PIB) était estimé à 23 169 milliard FCFA (914 553 FCFA par habitant)⁸, avec un taux de croissance de 3,5% annuelle en 2019 (INS). En considérant ces données structurelles de l'économie, le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire inférieur.

Par ailleurs, 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 85% suivant les projections post DSCE)⁹, 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.

L'ECAM 4 révèle qu'en 2014, 37,5% de la population vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire. De ces résultats, on note que la pauvreté est un phénomène qui touche principalement le milieu rural. De plus, c'est dans

5 Projections Démographiques et estimations des cibles prioritaires des différents programmes et interventions de santé, Juin 2016

6 World Bank. Country Profile - Cameroon [Internet]. Country profile. [cited 2020 Jan 20]. Available from: https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=CMR

7 <http://www.bucrep.cm/index.php/fr/ressources-et-documentations/telechargement/category/82-projections-demographiques>

8 World Bank. Country Profile - Cameroon [Internet]. Country profile. [cited 2020 Jan 20]. Available from: https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=CMR

9 INS, Comptes provisoires, 2020

les trois régions septentrionales et dans la région du Nord-Ouest qu'on observe les taux de pauvreté les plus élevés (plus de 47%)¹⁰.

Au niveau culturel et religieux, le Cameroun compte plus de 260 langues nationales. Le français et l'anglais sont les langues officielles. Plusieurs manifestations culturelles (Exemples : fête du Ngondo, fête du « Gngangnan », fête du « ngouon », etc.) sont régulièrement organisées à travers le triangle national. Les valeurs sociales comme la solidarité, le vivre ensemble et la cohésion sociale sont les plus partagés au sein de la population Camerounaise. Ces valeurs peuvent constituer un meilleur atout dans le cadre de la CSU.

2.2 Situation actuelle de la santé

Au Cameroun, la majorité des indicateurs de résultats sanitaires restent faibles et le profil épidémiologique est comparable à celui des pays à faible revenu malgré la tendance à l'amélioration de l'économie. En 2016, l'espérance de vie au Cameroun était de 58 ans et reste inférieure à la moyenne dans les pays d'Afrique Centrale (60,6 ans) et de l'Afrique Subsaharienne (61,2 ans)¹¹. Les principales maladies transmissibles sont fortement marquées par la prédominance du VIH/SIDA, de la tuberculose

et du paludisme. Bien que la mortalité maternelle ait été réduite à environ 406 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2018 (DHIS2 2019), un effort particulier sera fait pour atteindre la cible de 146 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030 (Global target level cible 3.1 de l'ODD 3)¹².

Dans le même temps, les maladies non-transmissibles sont dominées par les maladies cardiovasculaires, les cancers, les accidents et traumatismes qui représentent environ 14% du poids de la maladie et se traduisent par une double charge de morbidité, qui pèse sur un système de santé déjà fragile.

Pour les enfants de zéro à cinq ans, 1 enfant Camerounais sur 13 meurt avant l'âge de cinq ans (79 décès pour 1 000 naissances vivantes)¹³. Un tiers de ces décès surviennent au cours du premier mois de vie (28 décès pour 1 000 naissances vivantes), principalement en raison des conditions qui peuvent être évitées grâce à un meilleur accès et une meilleure qualité des soins pendant la période prénatale et périnatale¹⁴. En outre, près d'un tiers des enfants camerounais de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance (29%), dont 13,5 % d'un retard de croissance grave, une condition associée à un risque de décès quatre fois plus élevé¹⁵.

10 INS, 2014, Quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM 4) : Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001 et 2014

11 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 40

12 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 44

13 L'Institut National de la Statistique (Prénom). Enquête Démographique et de Santé EDS 2018 [Internet]. 2020. Available from: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-511.cfm>

14 L'Institut National de la Statistique (Prénom). Enquête Démographique et de Santé EDS 2018 [Internet]. 2020. Available from: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-511.cfm>

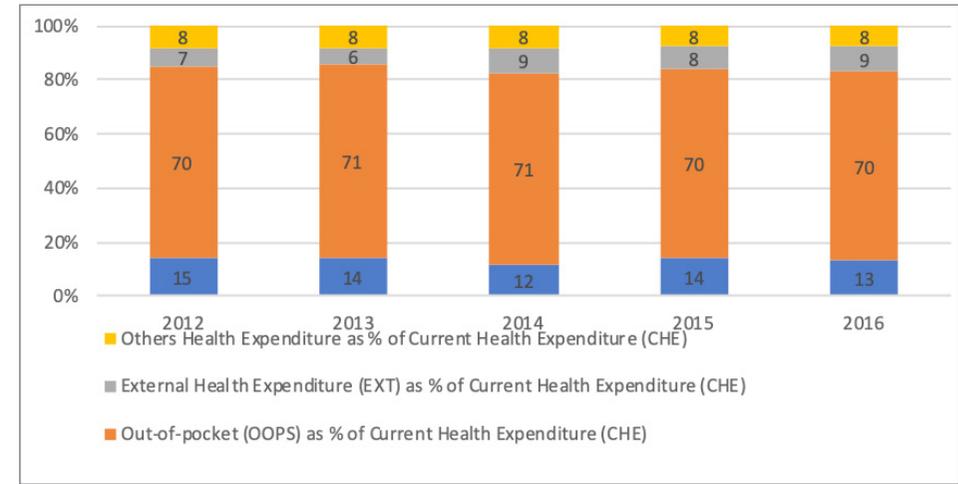
15 L'Institut National de la Statistique (Prénom). Enquête Démographique et de Santé EDS 2018 [Internet]. 2019. Available from: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-511.cfm>

En ce qui concerne le taux d'utilisation des services de santé, en 2019 était de 0.39 nouveaux cas en moyenne par habitant par an, soit environ 9 372 775 visites ambulatoires (DHIS2 2019). Ce chiffre est inférieur à la norme de l'OMS qui est de 1 nouveau cas par habitant par an dans les pays en voie de développement.

2.3 Financement de la santé

En 2012, la dépense totale de santé s'est établie à 728.1 milliards FCFA avec une dépense totale de santé par habitant de 34 000 FCFA environ 67 dollars USD (CNS 2012). Cet indicateur est relativement élevé (3^{ème} en Afrique Subsaharienne) et relativement proche de la norme de 86 dollars USD pour la mise en oeuvre de la CSU comparé aux autres pays d'Afrique subsaharienne)¹⁶. En outre, le profil du financement de la santé au Cameroun indique que les ménages sont les plus gros contributeurs au financement de la santé à travers leurs paiements directs évalués en moyenne à 70,4% des dépenses courantes de santé sur la période de 2012 à 2016¹⁷.

Figure 3: Dépense de santé en pourcentage des dépenses totales de santé au Cameroun de 2012 à 2016



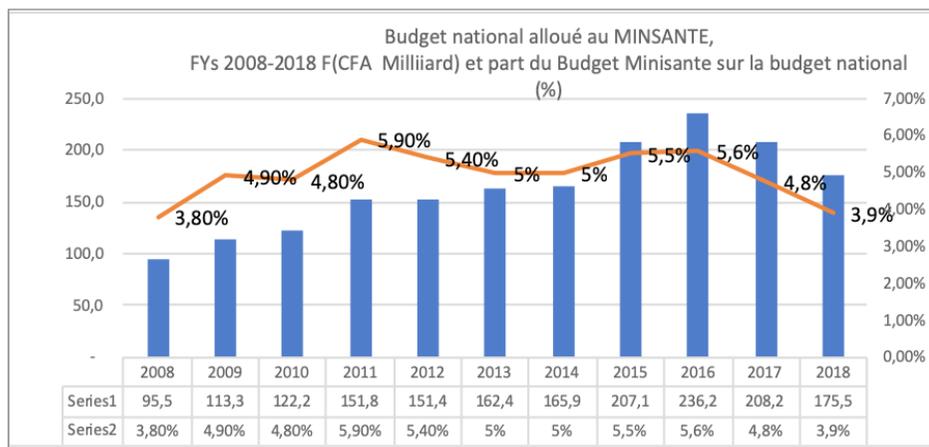
Source: OMS, GHED 2019

De plus, le budget de l'Etat alloué au secteur santé oscille entre 3.3 et 5.9% depuis 2008. 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.

16 MINSANTE, 2016, Comptes Nationaux de la Santé 2012

17 OMS, Base de données sur les dépenses de santé mondiales (Global Health Expenditure Database), 2019. Disponible à : <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Figure 4: Budget alloué à la santé en pourcentage du budget total du gouvernement au Cameroun de 2012 à 2018



Source: Lois de finances 2008-2018

2.4 Protection contre le risque financier

Cette partie se propose d'analyser de la protection contre les risques financiers en deux volets: L'analyse de différents mécanismes qui couvrent la population au Cameroun contre les difficultés financières lorsque les ménages reçoivent les soins dont ils ont besoin (couverture de la population) et l'analyse d'incidence des dépenses catastrophiques.

2.4.1 Couverture de la population

Le système de couverture de la population contre les risques sociaux de santé au Cameroun est composé d'une architecture de sécurité sociale organisée autour de différents types d'acteurs (qui gèrent différents régimes) répartis entre la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), le

MINFI, les assurances privées, les mécanismes d'assistance communautaire à l'instar des mutuelles de santé, projet Chèque Santé et les subventions sociales de prises en charge par l'Etat et les partenaires (**Tableau 1**)

- CNPS:** La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) gère un régime obligatoire constitué des travailleurs du secteur privé relevant du code du travail. L'affiliation à la CNPS est obligatoire pour les salariés du secteur privé formel et volontaire pour les employés des secteurs libéral, informel et autres. L'affiliation est libre à toute personne âgée d'au moins 14 ans. Depuis le 3 novembre 2014, la CNPS propose une assurance volontaire aux travailleurs indépendants et aux étudiants, aux travailleurs de l'économie informelle du secteur agricole, et le personnel de la CNPS mais aussi toute personne âgée de plus de 18 ans, désireuse de garantir un ensemble de risques sociaux potentiels. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) couvre trois branches sur cinq (Norme N°102 de l'OIT): Les accidents de travail et les maladies professionnelles ; les prestations familiales et les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.
- MINFI:** Ces régimes concernent le personnel de la fonction publique et géré directement par le Ministère des Finances par l'intermédiaire du trésor. Le régime est géré par un système de remboursement des prestations après constitution d'un dossier par l'agent public. Le paquet des services est inclusif mais le mécanisme de remboursement n'est pas optimal car le paiement direct reste le principal mode de paiement des soins même pour ceux qui sont couverts par ce régime.

- **Assurances privées:** Il existe plusieurs structures privées regroupées parfois au sein des compagnies d'assurance-maladie. Cependant, seules certaines entreprises du secteur privé formel assurent leurs salariés par ce mécanisme. L'affiliation se fait ici sur la base d'un contrat entre la compagnie d'assurance et une organisation/entreprise pour ses employés ou entre la compagnie d'assurance et une personne en incluant aussi sa famille. En 2019, Cameroun comptait 16 compagnies d'assurance privées. Les assurances privées couvrent des services bien prédéfinis, mais dans le plus part des cas le paquet de soins offert est très limité.
- **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 couvrant 63,000 personnes, soit 0.2% de la population.
- **Chèque Santé:** Le projet Chèque Santé vise la réduction de l'obstacle à l'accès aux soins maternels et néonataux au Cameroun dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord. Les services couverts par le projet chèque Santé sont des services de soins maternels et néonataux (jusqu'à 42 jrs post-natale) à un coût subventionné de 6 000 FCFA (environ 10,9 USD) par femme enceinte.
- **Subventions sociales et mécanismes de prise en charge par l'Etat:** En matière de politique sociale de prise en charge par l'Etat de certains soins

et services de santé, on distingue de multiples dispositifs, centrés autour des populations vulnérables (cible mère-enfants, PVVIH, etc): Il existe des programmes et des initiatives très limités en couverture, dédiés à des cibles ou des maladies spécifiques (Paludisme, VIH/SIDA, Tuberculose, etc.). Les personnes vulnérables ou indigentes sont prises en charges par le Ministère des Affaires Sociale à travers les Collectivités Territoriales Décentralisées.

2.5 L'Incidence des dépenses catastrophiques

En 2014 selon la dernière donnée disponible ECAM 4, 11,8% des ménages, soit environ 3 millions de camerounais encouraient des dépenses catastrophiques de santé (dépenses catastrophiques au seuil de 10%) avec d'énormes disparités régionales¹⁸.

Une autre manière d'appréhender le niveau de protection contre le risque financier est d'estimer l'incidence de l'appauvrissement qui mesure, en pourcentage, le nombre de personnes en dessous du seuil de pauvreté avant et après les paiements directs de santé. En utilisant à la fois les seuils nationaux de la pauvreté (Le seuil national en 2014 est de 329 706 FCFA) l'incidence de l'appauvrissement est passé de 0,8% à 1,4% entre 2007 et 2014 respectivement avec d'énormes disparités régionales. Aussi, les milieux ruraux ont environ les taux d'incidence d'appauvrissement 10 fois plus élevé que ceux des milieux urbains indépendamment des années d'enquête.

18 MINSANTE/OMS, Rapport de l'analyse de la protection contre le risqué financier en santé, 2020

Tableau 1: Résumé des mécanismes de protection financière au Cameroun

Mécanisme/ organisme	Gouvernance	Mécanisme des contributions	Cible	Couverture et diversité	Prestations Offertes et Mécanismes de remboursement	Avantage ou inconvénients
MINFI	Décret N° 2000/692/ PM du 13 sept 2000	Allocation budgétaire annuelle pour couvrir 60% de la facture en tant que contribution de l'employeur pour la couverture des soins de santé	Employés du secteur formel public	322,239 (2015) personnes, qui comprise les employés à tous les niveaux (des cadres inférieurs aux cadres supérieurs)	Couvre les accidents du travail et les maladies professionnelles; les prestations des employés à tous les services avec Co-paiement de 40% dans formation santé publique et 70% dans formation sanitaire privée. Remboursement des bénéficiaires après le paiement direct	<ul style="list-style-type: none"> • Ne couvre que les travailleurs du secteur public • Faire connaître le processus de remboursement des prestations des bénéficiaires
CNPS	Décret N°2018/354 portant réorganisation de la CNPS	Contribution Obligatoire mensuelle pour les salariés du secteur privé formel et contribution mensuelle pour le secteur informel (volontaire)	Travailleurs du secteur privé formel et informel.	XXX personnes. Couvre les employés à tous les niveaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Couvre les accidents du travail et les maladies professionnelles; les prestations familiales; vieillesse-invalidité et décès 	<ul style="list-style-type: none"> • Diversité limitée ne couvrant que les travailleurs du secteur privé formel • Couverture limitée pour le secteur privé informel • Couvre juste 7 prestations sur 9 selon OIT
Assurances privées	<ul style="list-style-type: none"> • Code CIMA du juillet 1992 • Contrôle assuré par le MINFI 	Volontaire	Multiples acteurs	Petites et multiples	<ul style="list-style-type: none"> • Les majorités sont des services curatifs avec des paquets de services prédéfinis. • Co-paiement de 20% • Différents mécanismes de remboursement qui comprennent remboursement des bénéficiaires et des FOSA contractualisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Les couvertures sont de très petite taille. • Diversité limitée, uniquement pour les personnes relativement riches qui peuvent s'offrir des primes • Il n'y a pas de subventions croisées entre les pools • Aucun paquet minimum essentiel n'a été établi

Mécanisme/ organisme	Gouvernance	Mécanisme des contributions	Cible	Couverture et diversité	Prestations Offertes et Mécanismes de remboursement	Avantage ou inconvénients
Mutuelles de santé		Volontaires	multiples. Chaque mutuelle représente un mécanisme des mise en commun	Petites et multiples	<ul style="list-style-type: none"> • Les majorités sont des services curatifs avec des FOSA contractualisées et paquets de services prédéfinis. • Co-paiement de 25% • Remboursement des FOSA contractualisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de petite taille • Le panier de soins varie pour chaque mutuelle • capacité d'achat des services limité
Subventions et gratuité des programmes		Budget de l'Etat voir les niveaux d'allocation ou budget alloué à l'année aux gratuits	Population et/ ou condition ciblée(s) programmes pilotés par le gouvernement ou les donateurs	Multiple	<ul style="list-style-type: none"> • Ciblage des certaines pathologies. 0% Co-paiement pour les bénéficiaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Durabilité principalement pour les programmes externes/ donateurs • Le panier de soins varie pour chaque subvention • Les services offerts varient en fonction des programmes et projets

2.6 Couverture des services

L'ODD à travers l'indicateur 3.8.1 définit la couverture des services essentiels comme la couverture moyenne des services telle que déterminée par les interventions de référence selon l'index CSU pour la couverture des services qui comprennent: la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accès aux services (Commission statistique des

Nations Unies et Conseil économique et social, 2016). Tous les services spécifiques énumérés selon l'index des services de santé par l'OMS sont disponibles au Cameroun, avec de nombreuses disparités dans les régions et les districts sanitaires. Cette évaluation situationnelle de la couverture des services au Cameroun est analysée dans les volets suivants: la disponibilité des services, la qualité des services, la couverture des services essentiels, et les déterminants de la santé.

2.7 La Disponibilité des services de santé

Organisation des services de santé: Le système de santé camerounais est organisé en trois niveaux: central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central est chargé de formuler la politique et les normes nationales de santé, de mobiliser les ressources et d'assurer la coordination et la mise en œuvre des plans du secteur de la santé. Le niveau intermédiaire est constitué de dix délégations régionales de santé ayant pour rôle de coordonner la mise en œuvre des activités sanitaires au niveau régional, y compris la fourniture d'un appui sanitaire aux districts. Le niveau périphérique, composé de 190 districts sanitaires, est le niveau opérationnel pour la mise en œuvre des services de santé. L'offre de services et soins de santé sont structurés autour de 6202 formations sanitaires (DHIS2, 2019), dont 46% publiques, 41% privées à but lucratif et 13% privées confessionnelles. La population moyenne par district de santé est de 10 278 habitants pour une formation sanitaire publique avec des disparités régionales et par milieu de résidence.

En 2019, le système de santé camerounais comprend dans le secteur public 08 hôpitaux de première catégorie, 05 hôpitaux de deuxième catégorie, 14 hôpitaux de troisième catégorie, 145 hôpitaux de quatrième catégorie (Hôpital de District), 228 hôpitaux de cinquième catégorie (Centre Médical d'Arrondissement) et 2016 hôpitaux de sixième catégorie (Centre de Santé Intégré).

L'enquête sur les indicateurs de prestations des services de santé (2018)

montre que la plupart des formations (FOSA) publiques ont un nombre moyen d'heures de consultations externes (ouverture) par jour évalué à 13,1 heures par jour contre 15,0 heures dans le privé. Cependant, 47,9% du personnel était absent lors du passage des agents enquêteurs dans les FOSA mettant en scène l'importance du phénomène de la disponibilité en milieu hospitalier au Cameroun¹⁹.

Disponibilité des médicaments essentiels: La disponibilité des services de santé comprend également l'approvisionnement en médicaments, dispositifs et autres produits de santé. Cet approvisionnement est assuré par le Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME). Le SYNAME est constitué d'un ensemble de structures réparties aux trois niveaux de la pyramide sanitaire. Il assure la disponibilité et la traçabilité des produits médicaux dans le secteur public et dans le secteur privé (à but lucratif et non lucratif).

Dans le secteur public, la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (niveau central), approvisionne les Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (niveau intermédiaire), qui fournissent les formations sanitaires publiques (niveau périphérique).

Pour ce qui est du secteur privé à but lucratif, l'approvisionnement des officines de pharmacie est assuré par des grossistes répartiteurs (importateurs) agréés. Les formations sanitaires du secteur privé à but non-

¹⁹ Institut de Formation et de Recherche Démographiques, 2018, Enquête sur les indicateurs de prestations des services de santé – health facility assessment (SDI/HFA)

lucratif (confessionnel), quant à elles, sont fournies en produits médicaux par des centrales d'achats agréées. Le taux d'accès aux médicaments essentiels au Cameroun est estimé à 57,7% (EDS 2018).

Les défis liés à disponibilité des services: Les défis à relever sont notamment l'inéquitable distribution de la population moyenne par district de santé avec des disparités régionales et par milieu de résidence. La coordination institutionnelle décentralisée limitée, le système d'approvisionnement peu performant avec les ruptures fréquentes des stocks au niveau des formations sanitaires, les médicaments de la rue, les médicaments contrefaits et, le trafic illicite de médicaments. Le secteur illicite représentait 20 à 25% du marché national du médicament selon l'enquête menée en 2002 par l'Institut de formation et de Recherche démographique (IFORD) sur les déterminants de l'accès et du recours aux soins et aux médicaments. Selon l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), la perception du phénomène de faux médicaments au Cameroun, était estimée à 40% au cours de l'année 2016.

2.8 La qualité des services en santé

Selon le «Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2019 & Focus ODD», les indicateurs de qualité et de sécurité sont peu ou pas renseignés. Par exemple, le rapport mentionne certains défis en matière de qualité de service comme la persistance d'une mortalité maternelle et néonatale élevées, qui peuvent être attribués à une faible qualité des soins

offerts pendant la grossesse, l'accouchement et les soins du post partum.

En ce qui concerne la qualité des produits médicaux, il est nécessaire de renforcer de lutte contre la vente illicite des médicaments et le trafic des produits pharmaceutiques. (Plan National Multisectoriel de Lutte contre le faux médicament et le trafic illicite des produits pharmaceutiques).

2.9 Services de santé essentiels

Pour l'analyse de la couverture des services de santé essentiels, nous avons utilisés l'Indice CSU pour la couverture des services défini par l'OMS. D'une manière générale, la couverture des services au Cameroun s'est améliorée selon des résultats préliminaires de l'enquête démographique et sanitaire 2018 et les données du « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2019 & Focus ODD ».

- **Indice de couverture des services de santé essentiels**

Selon l'OMS, l'indice de couverture des services essentiels de santé au Cameroun est de 40% en 2019²⁰. Cet indice est légèrement inférieur à la moyenne africaine qui est de 46%.

- **Services de santé de l'enfant**

En ce qui concerne les services de l'enfant au Cameroun, certains indicateurs ont montré l'amélioration tandis que d'autre à une stagnation et, dans certains cas, une diminution. Par exemple, la

20 Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage, 2019 Global Monitoring Report

couverture vaccinale par l'antigène traceur DTC3 que l'OMS se réfère pour la définition de «l'immunisation complète de l'enfant» a diminué de 82% en 2014 à 72% en 2018²¹. Quelle que soit la source des données, la couverture vaccinale est en baisse et les résultats clés, de l'EDS 2018 montrent que seul 52% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base et 10% n'ont reçu aucun vaccin. Par ailleurs, 42% des enfants de 12-23 mois et 40% de ceux de 24-35 mois ont reçu tous les vaccins appropriés pour le groupe d'âge²².

Certains indicateurs de santé de l'enfant sont améliorés, notamment l'état de la supplémentation en vitamine A est passé de 38% en 2004 à 55,3% en 2011.

- **Services de santé maternelle**

Au Cameroun, les besoins en Planning Familial satisfaits sont passés de 23,7% en 2011 à 15,4% en 2018, la proportion de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN est passée de 62,2% en 2011 à 65% en 2018, et le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 61,2% en 2011 à 69% en 2018²³.

- **Les maladies transmissibles**

La couverture des services s'est améliorée pour diverses maladies transmissibles. En ce qui concerne la lutte contre le VIH/SIDA, la couverture du traitement antirétroviral est passée de 27,4% en 2014 à 54% en 2018²⁴. Par ailleurs, entre 2017 et 2018, la proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut a augmenté de 60% à 64%²⁵.

En ce qui concerne la détection des cas de tuberculose au Cameroun, elle est passée de 49% en 2014 à 51% en 2018 (Rapport OMS, sur la tuberculose 2018)

- **Les maladies non-transmissibles**

Avec l'évolution de l'épidémiologie des maladies, la prévalence de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus est passée de 8,2% en 2004 à 10,7% en 2011 et le taux de surcharge pondérale chez les femmes a augmenté de 20,6 % en 2004 à 21,5 % en 2011²⁶.

21 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 87

22 L'Institut National de la Statistique (Prénom). Enquête Démographique et de Santé EDS 2018; P 26 [Internet]. 2019. Available from: <https://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-511.cfm>

23 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 30

24 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 30

25 Rapports annuels du CNAC 2017-2018).

26 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 30

Le tableau 2 ci-dessous compare les indicateurs clés de couverture des services entre les enquêtes démographiques EDS 2014 et EDS 2018, afin de montrer les changements relatifs.

Tableau 2: Couverture des services essentiels

Domain Selon l'Indice CSU	Indicateur	Couverture des services		
		2011/2014	2018	Changement
<i>Services de santé de L'Enfant</i>	Vaccination par l'antigène traceur DTC3	82%	72%	↓ -10%
	Enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins de base	75%	52%	↓-23%
	Traitement des enfants suspectés de pneumonie	29,9%	59,2%	↑+29,3%
<i>Services de santé maternelle</i>	Besoins en Planification familiale satisfaite	34,4%	15,4%	↓-19%
	Proportion de femmes enceintes ayant fait au moins 4 CPN	58,8%	65%	↑+6,2%
	Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	64,7%	69%	↑+4,3%
<i>Maladies transmissibles</i>	Couverture thérapeutique effective contre tuberculose	73%	85%	↑+22%
	Détection des cas de tuberculose	49%	51%	↑+2%
	Couverture du traitement antirétroviral	27,4%	54%	↑+26%
	Proportion de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	60%	64%	↑+4%
	Proportion de la Population a risque dormant sous moustiquaire imprégnée d'insecticide	N/A	N/A	N/A
<i>Maladies non transmissible</i>	Prévalence de l'obésité chez les personnes âgées de 18 ans et plus	N/A	10%	N/A
	Proportion des adulte âgés d'au moins 15 ans non fumeurs de tabac depuis 30 jours	N/A	N/A	N/A
	Dépistage du Cancer du col de l'utérus chez les femmes de 30 à 49 ans	N/A	19,7%	N/A
<i>Accès aux services de la santé</i>	Lits d'hôpitaux par habitant	N/A	26,49 pour 10000	N/A
	Professionnels de la santé par habitant	19 pour 10000	N/A	N/A
<i>Accès aux médicaments essentiels</i>	Disponibilité de médicaments essentiels	N/A	57,7%	N/A
<i>Les Déterminants de la santé</i>	Services d'assainissement de base	38,9%	39,1%	↑+ 0.2

Source: EDS 2018 et « Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2019 & Focus ODD

Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, certains indicateurs ont montré une amélioration et pour d'autres une tendance à la baisse. Des efforts importants sont nécessaires pour éviter une tendance à la baisse de ces indicateurs clés de Santé au Cameroun.

2.10 Les déterminants de la santé

Dans le cadre des ODD, les pays ont amélioré le suivi des progrès dans la prise en compte des déterminants de la santé. Les déterminants de la santé sont multifactoriels, transversaux et interdépendants (WHO/IDRC 2003)²⁷ notamment la pauvreté, les niveaux d'éducation, la marginalisation, les inégalités économiques entre les hommes et les femmes, le handicap, le lieu de résidence, le statut juridique, les expériences de migration, l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Les déterminants de la santé incluent également le changement climatique et la pollution, l'insécurité alimentaire et les stratégies, approches et activités du secteur privé.

Au Cameroun, selon le «Rapport de suivi des 100 indicateurs clés de Santé au Cameroun en 2019 & Focus ODD», la proportion de la population utilisant une source d'eau améliorée a augmenté entre 2011 et 2014, passant de 68,6% à 72,9%. L'objectif de l'ODD est de garantir un accès universel et équitable à l'eau potable à un coût abordable d'ici 2030.

Aussi, le pourcentage de ménages disposant de toilettes non partagées améliorées est passé de 39,9% à 34,9% entre 2011 et 2014. Au cours de la même période, l'amélioration a été plus marquée dans les zones rurales (de 26,1% à 34,9%) que dans les zones urbaines (de 55,4% à 51,1%)²⁸.

Pour progresser vers la CSU, il est également très important de renforcer le suivi des progrès dans la prise en compte des déterminants de la santé car ils contribuent au maintien de la santé et à la réduction des risques et des menaces pour la santé et, ainsi soutiennent la réalisation de la Couverture Sanitaire Universelle.

2.11 Gouvernance du système CSU

La mise en oeuvre de la CSU au Cameroun est marquée par une forte volonté politique du Gouvernement. Depuis 2015, il a été créé un Groupe Technique National CSU (GTN-CSU) chargé de conduire la réflexion et de faire des propositions au Gouvernement sur les différents aspects de la mise en place de la CSU au Cameroun. Elle est la structure de coordination de la mise en oeuvre de la CSU au Cameroun.

Suivi par le GTN-CSU: Le GTN-CSU se réunit tous les trimestres en session ordinaire sur convocation de la Ministre de la santé publique et co-président par le Ministre MINTSS. Les ordres du jour seront arrêtés sur la base des propositions du président, du secrétariat ou des membres afin d'analyser l'état d'avancement de la mise en oeuvre des activités, les résultats obtenus,

27 C M Varkevisser, I Pathmanathan, A Brownlee. Designing and conducting health system research projects, volume 1, Proposal development and fieldwork. WHO/IDRC 2003 (p.15)

28 Tracking 100 core health indicators in Cameroon in 2019 & SDG Focus. Yaoundé Cataloguing-in-publication (CIP) data. Available at <http://apps.who.int/iris>; <http://onsp.minsante.com>. P 68

les contraintes à surmonter et les opportunités à saisir. En cas de nécessité, le GTN-CSU se réunit une session extraordinaire en cas de besoin.

Mise en commun: S'agissant de la mise en commun des interventions et du financement. L'étude OASIS 2015 montre une faible mise en commun pour un achat stratégique des soins. Plusieurs mécanisme de subvention d'état et les partenaire existent mais sans une collaboration étroite.

Cadre Juridique et règlementaire: En ce qui concerne la réglementation, le cadre juridique établissant la Couverture Santé Universelle est actuellement en cours de adoption.

Comme l'indique le tableau 1 ci-dessus, Il n'existe que des mécanismes législatifs et réglementaires pour les différents régimes d'assurance (CNP, MINFI, Mutuelle). Dans certains cas, la composante santé se limite aux accidents du travail plutôt qu'à une approche globale des services curatifs, préventifs, palliatifs et de réadaptation.

Collaboration entre les parties prenantes: Le Ministère en charge de la Santé Publique continuera de jouer le rôle de régulateur principal du secteur de la santé et de fournisseur de services. A ce titre, toutes les structures de ce Ministère participeront, à des niveaux divers, à la mise en

œuvre de la stratégie de la CSU. Ces interventions incluent la mobilisation des ressources, la création des conditions favorables de mise en œuvre de la CSU. En outre, le MINSANTE impulsera en collaboration avec les autres institutions, la création des structures de mise en œuvre des réformes, ainsi que leur régulation.

Rapports d'avancement: chaque année, l'organe de gestion (chaque fois qu'il est créé), ou la DPS/MINISANTE (En l'absence l'organe de gestion) présentera au GTN-CSU le rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de CSU. Ce rapport sera la synthèse des rapports des différentes composantes de la mise en œuvre. Les résultats des rapports d'évaluation, et d'études relatifs à mise en œuvre de la CSU au Cameroun, les contrôles et les audits financiers, et tout travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie seront utilisés lors de la consolidation des rapports d'avancements. Ce rapport qui sera soumis à l'appréciation des acteurs concernés, sera par la suite, dès son approbation, largement diffusé.



2.12 Analyse des défis à relever

2.12.1 Analyse des forces et faiblesses

Tableau 3: Analyse des forces et faiblesses

Rubriques	Forces	Faiblesses
GOVERNANCE		
Généralités	<ul style="list-style-type: none"> - Forte volonté politique du Gouvernement dans la mise en œuvre de la CSU - Haute volonté Politique 	<ul style="list-style-type: none"> - La coordination institutionnelle décentralisé de services et soins de sante limitée
Cadre juridique	<ul style="list-style-type: none"> - La constitution mentionne la protection sociale - La loi cadre sur le domaine de la santé N°96/03 du 4 Janvier 1996 - Existence d'un avant projet de loi sur la CSU et des textes d'application. - Existence d'un document politique nationale de Protection Sociale - Existence dans le Code du travail des dispositions obligeant les employeurs à souscrire en faveur des travailleurs une assurance maladie privée à travers les prélèvements salariaux dans la loi No 92/007 du 14 août 1992, portant Code du Travail. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un cadre juridique mettant en place la CSU comme mécanisme de couverture en santé des Camerounais.
Contexte socio-économique et politique, culturel et religieux	<ul style="list-style-type: none"> - La solidarité nationale - La tolérance religieuse - L'intérêt de la population 	<ul style="list-style-type: none"> - La crise économique et la pauvreté - Sous-information et conflits d'intérêts autour de la mise en œuvre de la CSU - La faible capacité monétaire des ménages - Pourcentage élevé (70%) de la population active en situation de sous-emploi - Un secteur informel peu structuré - Précarité de l'emploi et forte prédominance du sous emploi
Dialogue politique et engagement des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> - La disponibilité des partenaires techniques et financiers dans l'appui de la mise en œuvre de la CSU - Existence du GTN CSU qui est multisectoriel 	<ul style="list-style-type: none"> - Retrait progressif de certains Partenaires techniques et financiers - Plusieurs instances de coordination parfois concurrentes

Rubriques	Forces	Faiblesses
Pilotage de la CSU	<ul style="list-style-type: none"> - L'exploration des pistes de financements innovants - Existence d'une architecture validée de fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'une feuille de route validée et adoptée
COUVERTURE DE LA POPULATION		
Systèmes de couverture en santé existant	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des mutuelles sociales couvrant environ 2 % de la population - Existence d'un établissement de prévoyance sociale (CNPS) couvrant divers risques sociaux y compris la santé - Existence des assurances privées - Existence du chèque Santé - Existence d'une initiative de ciblage des PSV et particulièrement des indigents en vue à l'échelle nationale de la mise en place d'un Registre Social Unifié. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le faible taux de pénétration des mutuelles sociales - Une couverture très faible de population avec difficulté dans la pénétration du secteur informel - La Fragmentation des interventions - Le faible niveau d'information des prestataires de soins sur les questions d'assurance maladie - Insuffisance des moyens financiers pour l'extension du ciblage des PSV (3.4% de la population totale) et particulièrement des indigents à l'échelle nationale - L'absence d'équité dans la participation aux mutuelles
Mécanismes de protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un établissement de prévoyance sociale (CNPS) - Existence des assurances privées; - Existence des mutuelles de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentation des interventions - Le faible taux de pénétration des mutuelles sociales - Les pools d'assurance maladie privée sont peu nombreux - Mécanismes limités de mobilisation de fonds en cas de besoin (financement progressif de la santé) - Une couverture très faible de l'assurance maladie - L'absence d'équité dans la participation aux mutuelles
LA COUVERTURE DES SERVICES		
Paquet des services	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un panier de soins et services de santé - L'existence des systèmes de subventions sociales de prise en charge par l'Etat de certaines pathologies (paludisme, VIH-SIDA, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Paquet des services couverts limités car ne couvrant pas les services essentiels par cohorte d'âge - Il n'y a pas de paquet minimum approuvé qui soit couvert par les différents mécanismes de protection sociale, - Le faible niveau d'information des prestataires de soins et bénéficiaires sur les paquets des services,



Rubriques	Forces	Faiblesses
Accès et disponibilité de service	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité des FOSA offrant des services essentiels 	<ul style="list-style-type: none"> - L'inéquitable distribution de la population moyenne par district de santé avec des disparités régionales et par milieu de résidence. - Plateaux techniques insuffisants des formations sanitaires - Disparité dans la répartition de l'offre de soins - Faible collaboration avec le secteur privé
Qualité des services	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de certains protocoles de soins et des normes. - Ressources humaines de qualité disponibles 	<ul style="list-style-type: none"> - Services de santé disponibles mais de faible qualité dans certaines FOSA - Mécanisme d'évaluation continue de la qualité des services insuffisants - Mécanismes de supervision insuffisants - Absence de politique/ stratégies nationale de sécurité des patients et de la qualité des soins - Ruptures récurrentes d'intrants - Il n'existe pas de mécanismes institutionnalisés pour mesurer le niveau de satisfaction des prestataires et des bénéficiaires
Financement	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des mécanismes PBF - L'existence des systèmes de subventions sociales de prise en charge par l'Etat de certaines pathologies (paludisme, VIH-SIDA, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes PBF non encore opérationnels dans toutes les FOSA - Grosses faiblesses opérationnelles du PBF - Les coûts élevés des soins payés par les ménages. - Mécanismes limités de mobilisation de fonds en cas de besoin (financement progressif de la santé)
Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Formations des personnels de santé - Déploiement des personnels de santé au niveau périphérique - Etats quantitatifs et qualitatifs des besoins en RHS nécessaires au fonctionnement de la CSU pour toutes les FOSA publiques avec budget disponibles - Opportunité de recrutement local du personnel paramédical par les collectivités territoriales décentralisées (Loi cadre du 24 décembre 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> - Concentration du personnel de santé dans les grandes villes - Plan de recrutement non encore planifié par le Ministère compétent - Gestion inefficace des ressources humaines

Rubriques	Forces	Faiblesses
Technologies et produits médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Etats quantités et qualitatifs des besoins en plateau technique nécessaire au fonctionnement des établissements de soins, avec budget disponible - Existence des structures consacrées du système d'approvisionnement national du médicament 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation réelle entre les besoins exprimés en matériel et les approvisionnements - Faible maintenance et entretien des équipements - Un système d'approvisionnement peu performant avec une chaîne d'approvisionnement défailante et les ruptures fréquentes des stocks au niveau des formations sanitaires - Faible appropriation des procédures d'approvisionnement et de stockage par les acteurs - Faible mécanismes contre les médicaments de la rue, les médicaments contrefaits et, le trafic illicite de médicaments²⁹.
PROTECTION CONTRE LES RISQUES FINANCIERS		
Paiement direct	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité contributive du secteur public et du secteur privé formel 	<ul style="list-style-type: none"> - Forte dépendance vis-à-vis des paiements directs (70% des dépenses totales de santé) - Pas de considérations d'équité dans les Paiement direct car tout le monde paie le même prix, quelle que soit sa capacité de paiement - Les besoins et l'accessibilité des services de santé sont limités.
Augmentation des recettes	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes de financement prévisibles du Gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible contribution de l'Etat aux dépenses de Santé (13%) - Mobilisation insuffisante des ressources internes
	<ul style="list-style-type: none"> - Existence du projet Chèque Santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Financement externe limité dans les mécanismes de prépaiement - Le Chèque Santé est très dépendant des fonds extérieurs / des donateurs - Système de gestion non informatisé

²⁹ Le secteur illicites médicaments de la rue et les médicaments contrefaits au Cameroun représentait 20 à 25% du marché national du médicament selon l'enquête menée en 2002 par l'Institut de formation et de Recherche démographique (IFORD) sur les déterminants de l'accès et du recours aux soins et aux médicaments. Selon l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), la perception du phénomène de faux médicaments au Cameroun, était estimée à 40% au cours de l'année 2016.



2.13 Grands défis

1. La mise en place d'un cadre juridique et réglementaire

La mise en place d'un système de couverture santé, passe par la création d'une structure chargée de la gestion des fonctions (contractualisation, immatriculation, achat des prestations, contrôle et informatisation). Par rapport aux systèmes fragmentés de couverture santé avec plusieurs structures de mise en œuvre, où des manquements ont été observés, la mise en commun est un impératif. La mise en place du système CSU doit faire l'objet de textes juridique et réglementaire fondés sur les principes directeur. Afin d'atteindre ses objectifs, l'architecture institutionnelle doit impérativement respecter les règles de bonne gouvernance. Un ensemble de mesures visant à mettre un système de bonne gouvernance sera déterminant pour la progression vers la CSU.

2. La collecte, la mobilisation et la mise en commun des ressources financières suffisante pour assurer la pérennité du système de CSU.

La collecte dans le système CSU, s'effectuera par le trésor public, l'organe de gestion et les organismes délégués accrédités par l'organe de gestion. S'agissant de la mobilisation financière, une étude actuarielle bien que nécessaire laisse entrevoir un ensemble de sources de financement. Cependant le financement mixte est la voie la plus louable et adéquate pour garantir une stabilité. Financer la CSU, nécessite que les ressources soient mobilisées. Il s'agit de la mobilisation des ressources pour la prise en charge du panier de soins et services de santé et les frais de gestion de l'organe de

gestion incluant l'enrôlement/immatriculation et le système informatique. Une forte subvention de l'Etat permettra d'assurer la prise en charge des plus vulnérable (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes). L'apport des ménages dans ce cadre par les cotisations sociales en prépaiement fonction de leur capacité contributive permettra aussi de garantir un bon équilibre dans l'extension du panier de soins et services de santé, bien que les mécanismes de collecte dans le secteur informel restent un cheval de bataille. Des pistes de financements innovants devraient dans ce contexte faire l'objet d'une attention particulière afin de garantir la soutenabilité financière de la CSU.

La mise en commun assurer par l'organe de gestion de la CSU permettra de réduire la fragmentation observée dans la situation actuelle des systèmes de couverture en santé existants, et permettra d'atteindre plus d'efficience et d'équité.

3. L'accès et l'utilisation par la population des soins et services de santé couverts

Garantir l'accès de la population à une offre de services essentiels de qualité ainsi que son utilisation par les populations est un grand challenge de la CSU. Parallèlement, ceci nécessite que des mesures de protection financière soient prises à assurer la couverture des personnes à capacité non contributive et les populations vulnérables notamment les personnes indigentes, les personnes âgées, les femmes et des enfants de moins de 5 ans. Bien que l'offre puisse de façon progressive garantir un accès

aux soins et services de santé, la question de leur utilisation par les bénéficiaires se pose avec acuité, d'où le rôle important et indispensable de la communication.

2.14 Conclusion

Malgré son statut économique de pays à revenu intermédiaire, le profil épidémiologique du Cameroun est comparable à celui des pays à faible revenu et ses résultats sanitaires sont mitigés et très proches des pays les plus faibles d'Afrique et du monde. Il n'existe pas un mécanisme de la CSU au Cameroun 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) qui ne permet pas la couverture effective de l'ensemble de la population ou majorité de la population.

La proportion des dépenses des ménages est très élevée, et ceci limite la population d'accès aux soins et expose aux ménages des dépenses catastrophiques de santé.

Des discussions sont en cours sur la mise en place de mécanismes plus progressifs qui permettraient de mobiliser des fonds en avance sur les besoins par le biais du paiement de primes et d'offrir une Couverture Santé Universelle plutôt que d'attendre des utilisateurs des services qu'ils paient lorsqu'ils sont malades. Bien que la CSU soit la stratégie la plus importante adoptée par les pays en matière de système de santé (et un objectif déclaré dans les objectifs de développement durable) pour assurer une protection financière et réduire les inégalités, il convient de noter qu'aucune approche unique ne permet d'atteindre la CSU. Cependant, chaque pays définit son approche en fonction de son contexte existant.



3. STRATÉGIES DE COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE AU CAMEROUN

3.1 AXE STRATÉGIQUE 1: GOUVERNANCE

Objectif stratégique: Améliorer la gouvernance de la CSU en mettant en place le dispositif juridico-institutionnel et renforcer l'apprentissage, l'efficacité et la pérennité de la CSU

Les mécanismes de gouvernance de la CSU nécessitent la mise en place d'un cadre juridico-institutionnel, devant encadrer la mise en œuvre et la gestion des fonctions de la CSU. Les mécanismes et structures de gouvernance guident la mise en œuvre et l'évaluation des progrès. Un ensemble de mesures visant à mettre en place un système de bonne gouvernance sera déterminant pour la progression vers la CSU. Une bonne gouvernance exige également une bonne gestion et une meilleure coordination de toutes les parties prenantes, y compris la population.

Les principales stratégies de cet axe sont présentées dans l'encadré 1

Encadré 1: Principales stratégies de la gouvernance

- 1.1 Établissement du cadre juridico-institutionnel
- 1.2 Renforcement du cadre de dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la CSU, y compris la population
- 1.3 Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences
- 1.4 Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU
- 1.5 Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion efficace et efficiente

Stratégie 1.1: Établissement du cadre juridico-institutionnel

Pour la mise en œuvre de la CSU, il faudra de multiples réformes qui seront soutenues par la disposition et l'application de lois et règlements qui établiront les normes et standards, ainsi que les mécanismes encadrant l'offre et la demande de services dans le secteur de la santé. Il en sera de même pour les relations avec les administrations partenaires et autres intervenants dans le processus de mise en place de la CSU. Il s'agira principalement de mettre en place l'organe de gestion et disposer des textes réglementaires subséquents à la loi et d'actualiser le cadre juridique afin de l'arrimer aux exigences de la mise en place de la CSU.

Interventions stratégiques

- 1.1.1 Développer un cadre législatif et réglementaire encadrant la CSU
- 1.1.2 Mettre en place l'architecture institutionnelle de la CSU et fournir des ressources adéquates pour réaliser le mandat à lui confier
- 1.1.3 Mettre à jour des lois et codes déontologiques et éthiques des ordres professionnels et réorganiser les formations sanitaires

Stratégie 1.2: Renforcer le cadre de dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la CSU, y compris la population

La mise en œuvre de la CSU nécessite l'implication de toutes les parties prenantes, y compris la société civile et la communauté. Des plateformes de dialogue seront mises en place pour l'échange d'informations afin de partager la vision, la coordination, les rôles et les responsabilités à tous les niveaux du système. Le dialogue favorise également une compréhension commune, l'établissement d'un consensus sur les orientations stratégiques,

la création de possibilités de partenariat et de collaboration, et la responsabilisation des différents acteurs. Enfin, il est important de renforcer le rôle des organisations de la société civile afin d'exiger du Gouvernement qu'il rende des comptes sur les droits des populations à la CSU.

Interventions stratégiques

- 1.2.1 Établir des plateformes de dialogue entre les administrations, les prestataires de soins et services de santé, la société civile et les autres structures de dialogue
- 1.2.2 Définir et renforcer les rôles, responsabilités et les capacités (ressources humaines, équipements, formation, finances) des parties prenantes, y inclus les rôles du niveau décentralisé, de la société civile et de la communauté (bénéficiaires)
- 1.2.3 Mettre en œuvre le plan de communication pour répondre aux différents défis de la CSU
- 1.2.4 Établir des mécanismes qui assurent l'implication du secteur privé dans les efforts nationaux relatifs à la CSU

Stratégie 1.3: Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences

Le suivi et l'évaluation relèvent de la responsabilité de toutes les parties prenantes à différents niveaux. Les technologies de l'information seront l'outil et le canal de facilitation privilégié. Les indicateurs de progrès de la CSU devraient s'aligner sur les Objectifs de Développement Durable et les autres objectifs internationaux de la CSU. A cet effet, la CSU doit assurer la mise en place ou renforcement des systèmes d'information dans les autres secteurs pertinents (accès à l'eau, à l'assainissement, % des populations

couvertes par d'autres mécanismes d'assurance maladie, etc.), pour fournir en temps réels les informations attendues de ces secteurs dans la mise en œuvre de la CSU. Les résultats de suivi et d'évaluation seront régulièrement utilisés pour prendre des mesures efficaces visant à renforcer le système, aider à la planification, la prise de décision et l'apprentissage des meilleures pratiques.

Interventions stratégiques

- 1.3.1 *Mettre en œuvre le cadre de suivi et d'évaluation pour apprécier les progrès*
- 1.3.2 *Renforcer les mécanismes de partage de l'information, des meilleures pratiques et de l'apprentissage*
- 1.3.3 *Renforcer les mécanismes d'interopérabilité entre des systèmes d'information dans les autres secteurs pertinents*
- 1.3.4 *Institutionnaliser l'analyse des informations sur la protection contre le risque financier, l'équité et les dépenses de santé, pour la prise de décision*

Stratégie 1.4: Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU

La gestion de la CSU devra reposer sur un système d'information solide et utiliser la technologie (innovation) pour améliorer le fonctionnement du système et atténuer les risques.

Interventions stratégiques

- 1.4.1 *Concevoir et mettre en œuvre un système d'information efficace et efficient*
- 1.4.2 *Informatiser toutes les fonctions principales de la CSU*
- 1.4.3 *Concevoir et développer un plan de continuité d'activités pour le fonctionnement en mode dégradé*

Stratégie 1.5: Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion efficace et efficiente

Les ressources de la CSU sont des deniers publics et seront gérées suivant les réglementations nationale en vigueur (le régime financier de l'Etat) et internationale (CIPRES). A cet effet, des mécanismes efficaces et efficients de responsabilisation dans la gestion seront mis en place.

Le renforcement des capacités et du leadership dans ce domaine est impératif pour permettre une gestion efficace de la CSU.

Interventions stratégiques

- 1.5.1 *Améliorer la mise en commun des fonds et intégrer les mécanismes de couverture de la population pour réduire la fragmentation et aligner les ressources sur les priorités*
- 1.5.2 *Établir des procédures et des lignes directrices pour assurer la reddition de comptes à l'égard des fonds publics et la gestion des finances publiques*
- 1.5.3 *Institutionnaliser les audits interne et externe du système CSU*
- 1.5.4 *Renforcer le rôle et les capacités de l'organe de gestion CSU en tant qu'acheteur stratégique de services de santé.*
- 1.5.5 *Veiller à une allocation adéquate des ressources entre les soins des niveaux primaire, secondaire et tertiaire, de façon à optimiser les bénéfices pour la santé*

3.2 AXE STRATÉGIQUE 2: COUVERTURE DE LA POPULATION

Objectif stratégique: D'ici 2030, 70% de la population est couverte en protection sociale de santé par les mécanismes de la CSU en renforçant les autres mécanismes de couverture complémentaire

Dans le contexte de la CSU, les expériences internationales soutiennent les systèmes de mise en commun obligatoires par opposition aux systèmes volontaires. Le Cameroun vise la couverture de toutes les couches sociales par le système de CSU. Les stratégies ici auront pour objectif de créer des mécanismes permettant une mobilisation efficace et continue de toute la population. L'adhésion à la CSU dépend fortement de l'efficacité de la mobilisation de la population, principalement les personnes difficiles à atteindre et le secteur informel.

Les principales stratégies de cet axe sont présentées dans l'encadré 2.

Encadré 2: Principales stratégies de la couverture de la population

- 2.1 Enrôlement, immatriculation et affiliation des bénéficiaires
- 2.2 Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture
- 2.3 Mobilisation suffisante pour une adhésion massive à la CSU

Stratégie 2.1: Enrôlement, l'immatriculation et l'affiliation des bénéficiaires

L'identification, l'inscription et l'immatriculation des affiliés sont des exigences dans la gestion des adhésions à la CSU. Les prestataires de services utiliseront également le système de gestion des adhésions pour identifier les bénéficiaires affiliés à la CSU et le statut des paiements des cotisations avant l'accès aux soins et services.

Interventions stratégiques

- 2.1.1 Assurer une communication suffisante pour une adhésion massive à la CSU
- 2.1.2 Mettre en place des mécanismes d'affiliation des bénéficiaires (y compris les populations clés) et assurer l'engagement des parties prenantes à plusieurs niveaux
- 2.1.3 Déployer et mettre à disposition les ressources et outils nécessaires à l'enrôlement et l'immatriculation



Stratégie 2.2: Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture

Pour accroître la couverture, il faut disposer de mécanismes dynamiques et innovants afin d'identifier les obstacles qui empêchent différents groupes de la population d'obtenir une meilleure couverture. Ces groupes ont des besoins spécifiques ou sont confrontés à d'autres obstacles (par exemple, la stigmatisation, la culture). Il sera important d'impliquer les communautés dans la conception et la planification de stratégies ciblant les populations difficiles à atteindre.

Interventions stratégiques

- 2.2.1 *Effectuer une évaluation de la population non couverte et identifier les facteurs et les obstacles pour cette population*
- 2.2.2 *Développer des mécanismes innovants pour atteindre la population non couverte*
- 2.2.3 *Impliquer les OSC (OBC, populations clés) pour l'inclusion des groupes vulnérables marginalisés afin de lever les barrières culturelles*
- 2.2.4 *Poursuivre le ciblage des PSV à l'échelle nationale amorcée par le MINAS en vue de la mise en place d'un Registre Social Unifié*

3.3 AXE STRATÉGIQUE 3: COUVERTURE DES SERVICES

Objectif stratégique: D'ici 2030, Accroître de 40 à 60% la couverture des services de santé essentiels en assurant une extension progressive du paquet de soins et services de santé essentiels de qualité couverts.

Garantir l'accès, la qualité et l'utilisation des services couverts par les populations est l'un des défis majeurs de la CSU imposant la prise de mesures adéquates. Ces mesures consistent à assurer la disponibilité des soins et services de santé de qualité pour toute la population en adressant les cohortes du cycle de vie, du nouveau-né à la personne âgée.

Les stratégies seront axées sur la mise en place progressive d'un ensemble de paquets de services pour la population, y compris une offre de services préventifs, curatifs, de réadaptation, palliative et de promotion de la santé de qualité.

Les principales stratégies de cet axe sont présentées dans l'encadré 3.

Encadré 3: Principales stratégies de la couverture des services

- 3.1 Fourniture d'un paquet de soins et services de santé essentiels (avantages sociaux) de qualité
- 3.2 Renforcement du partenariat entre l'organe de gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé
- 3.3 Mise à niveau progressif du plateau technique des établissements de soins
- 3.4 Renforcement de l'approche «Santé dans toutes les politiques publiques» pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU
- 3.5 Revitalisation des soins de santé primaires



Stratégie 3.1: Fourniture d'un paquet de soins et services de santé essentiels (avantages sociaux) de qualité

L'ensemble des prestations doit être compréhensible pour toutes les parties prenantes, notamment l'acheteur, les prestataires de soins et services et la population bénéficiaire. Les soins et services seront progressivement inclus dans le paquet en prenant en compte les services essentiels par cohorte d'âge couvrant les pathologies les plus courantes, les services avec cout-efficacité élevée et ceux avec externalités positives élevées sur la santé publique.

Interventions stratégiques

- 3.1.1 *Définir le paquet de soins et services de santé de base (avantages sociaux) à couvrir et son extension progressive en associant la communauté et les prestataires de services*
- 3.1.2 *Définir les normes, standards et les protocoles de soins y compris les mécanismes de contrôle de la qualité*
- 3.1.3 *Institutionnaliser le mécanisme d'évaluation régulière de la conformité aux normes de soins, aux politiques et aux procédures établies*
- 3.1.4 *Renforcer le système de régulation et d'approvisionnement pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables médicaux essentiels de qualité*
- 3.1.5 *Assurer la mise en oeuvre effective des paquets d'activités et la continuité des soins entre les différents échelons de la pyramide sanitaire*

Stratégie 3.2: Renforcer le partenariat entre l'Organe de Gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé

Les établissements de soins sont des partenaires clés dans la prestation des soins et services de santé. Des stratégies et des mécanismes solides pour établir des partenariats offrent à l'acheteur la possibilité d'exiger au nom des bénéficiaires, le niveau requis des services attendus, la qualité et la performance dans la fourniture de ces services.

Interventions stratégiques

- 3.2.1 *Définir le cadre de partenariat, de performance et le processus de gestion entre l'organe de gestion (l'acheteur) et les prestataires de soins et services de santé*
- 3.2.2 *Mettre en place des mécanismes et des plateformes pour l'évaluation et le suivi réguliers des indicateurs de performance clés du partenariat.*
- 3.2.3 *Renforcer le niveau de performance des prestataires des soins et services.*

Stratégies 3.3: Mise à niveau progressive du plateau technique des établissements de soins

Le système de CSU renforcera la performance des établissements de soins à travers le règlement des prestations de qualité fournis aux bénéficiaires. Les interventions prioritaires seront identifiées avec les prestataires de soins et services de santé et les indicateurs de performance seront établis pour suivre les allocations et les ressources produites par les

établissements de soins qui pourront investir dans l'amélioration de leurs plateaux techniques.

Aussi, le Gouvernement à travers le Ministère en charge de la santé publique investira davantage pour relever le plateau technique des établissements de soins publics, de même que les promoteurs des établissements privés pour répondre à la demande de soins qui va s'accroître.

Interventions stratégiques

- 3.3.1 *Élaborer un dossier d'investissement pour la mise à niveau du plateau technique des établissements de soins et services*
- 3.3.2 *Programmer la mise à niveau progressive du plateau technique des établissements de soins et services dans le cadre de programmation du Ministère en charge de la Santé Publique*
- 3.3.3 *Renforcer les ressources humaines disponibles*
- 3.3.4 *Mettre en place un système de révision périodique et la mise à jour la carte sanitaire nationale*

Stratégie 3.4: Renforcement de l'approche «Santé dans toutes les politiques publiques» pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU

La CSU est une approche multisectorielle dans laquelle les différentes administrations doivent s'engager et mettre en œuvre les interventions adressant les déterminants de la santé. En effet, promouvoir un cadre de vie sain est nécessaire pour réduire les risques de épidémies, maladies

transmissibles et non transmissibles.

Interventions stratégiques

- 3.4.1 *Améliorer la couverture et l'accès des populations à l'eau potable*
- 3.4.2 *Renforcer les mesures d'assainissement de milieux et promouvoir un environnement propice à la santé*
- 3.4.3 *Promouvoir l'adoption des comportements sains pour réduire les facteurs de risques*
- 3.4.4 *Élaborer et mettre en œuvre un plan de préparation et contingence multirisque à vision multisectorielle*
- 3.4.5 *Renforcer la collaboration avec des autres secteurs pour faire face aux risques sanitaires et aux autres déterminants sociaux de la santé*

Stratégie 3.5. Revitalisation des soins de santé primaires

En vue d'accélérer les progrès vers la CSU au Cameroun, Il serait souhaitable de revitalisation des soins de santé primaires qui est la pierre angulaire du renforcement des systèmes de santé (Déclaration d'Astana).

Interventions stratégiques

- 3.5.1 *Revitalisation de l'approche des Soins de Santé Primaires en prenant en compte les particularités liées aux différents contextes, ruraux et urbains, et aux différents réseaux de prestataires (publics, privés à but lucratif privés à but non lucratif, agents de santé communautaires)*
- 3.5.2 *Amélioration de l'accessibilité géographique de la population aux soins de santé de Soins de Santé Primaires de qualité.*



3.4 AXE STRATÉGIQUE 4: PROTECTION FINANCIÈRE

Objectif stratégique: Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 35% d'ici à 2030

Au Cameroun, la part du paiement direct des ménages dans les dépenses courantes de santé est très élevé (70%). Les stratégies de protection contre le risque financier se concentreront sur le renforcement des mécanismes de mobilisation des fonds ainsi que leur mise en commun pour assurer l'achat stratégique des soins et services de santé utilisés par les bénéficiaires.

Les principales stratégies de cet axe sont présentées dans l'encadré 4.

Encadré 4: Principales stratégies de protection financière

- 4.1 Renforcement des mécanismes de collecte et recouvrement des contributions sociales
- 4.2 Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes
- 4.3 Renforcement de l'équité et de la justice sociale dans la mobilisation des ressources sur la base de la capacité contributive
- 4.4 Mettre en place des mécanisme d'assistance médicale pour les personnes qui ne peuvent pas payer (indigents et autres vulnérables).

Stratégie 4.1: Renforcement des mécanismes de collecte et recouvrement des contributions sociales

Le financement de la CSU nécessite que les ressources soient mobilisées (du secteur public formel, secteur privé formel et le secteur informelle) pour l'achat des services / prestations essentielles définies dans le panier de soins pour qu'elle soient de qualité et susciter la demande en soins ainsi que le fonctionnement de l'Organe de gestion. Cependant le financement mixte par le biais des contributions sociales, de subventions fiscales et d'autres sources est le moyen de garantir une stabilité financière et réduire le poids de la dépense de santé des ménages.

Interventions stratégiques

- 4.1.1. Définir des mécanismes spécifiques de collecte des contributions pour le secteur informel et formel.
- 4.1.2. Mettre en place un processus spécifique et des canaux de paiement de primes pour les contributions du secteur informel
- 4.1.3. Renforcer la mise en oeuvre de l'affiliation obligatoire pour assurer la solidarité nationale
- 4.1.4. Mobiliser les ressources pour la prise en charge des personnes socialement vulnérables et particulièrement les indigents

Stratégie 4.2: Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes

L'Etat en tant que garant de la santé des populations devra augmenter progressivement la part du budget alloué à la CSU. Des stratégies efficaces de dialogue continu et de plaidoyer engageant le gouvernement à augmenter les allocations budgétaires, seront primordiales. S'agissant de la mobilisation financière, des études actuarielles seront entreprises pour fournir les éléments nécessaires au plaidoyer.

Interventions stratégiques

- 4.2.1 *Engager les principales parties prenantes pour la mobilisation des ressources domestiques pour la santé*
- 4.2.2 *Aligner les engagements des partenaires au développement aux priorités de la CSU*
- 4.2.3 *Explorer les projets d'investissement et Introduire d'autres mécanismes de génération de ressources pour la CSU*

Stratégie 4.3: Renforcement de l'équité et de la justice sociale dans la l'accès et mobilisation des ressources sur la base de la capacité contributive

L'équité dans la mobilisation, l'utilisation des ressources et l'accès aux soins est un principe important pour la CSU. En respect du principe de solidarité

nationale, il est important de considérer le statut socio-économique de la population pour la contribution au financement de la CSU. Un système dynamique de classification socio-économique sera mis en œuvre pour une meilleure catégorisation des ménages en fonction de leur capacité contributive.

Le processus de ciblage des personnes indigentes en cours permettra de subventionner leur accès aux soins et services de santé

Interventions stratégiques

- 4.3.1 *Établir un système dynamique de classification socio-économique pour une meilleure catégorisation des ménages en fonction de leur capacité contributive*
- 4.3.2 *Plaider en faveur des subventions spécifiques nationales pour fournir aux personnes vulnérables et aux indigents identifiés des services de santé subventionnés*
- 4.3.3 *Mettre en place un mécanisme d'affiliation adapté au système de protection sociale des acteurs du secteur informel et rural*
- 4.3.4 *Définir un mécanisme spécifique de prise en charge pour les personnes socialement vulnérables et particulièrement les indigents*

4. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

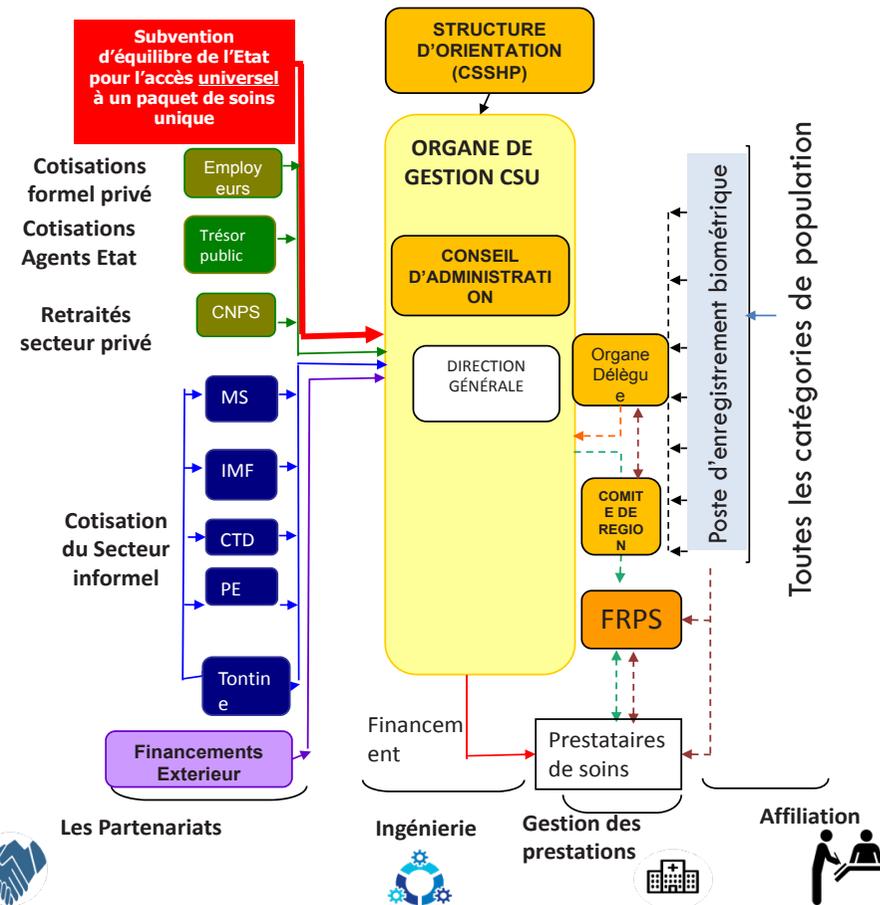
La mise en œuvre de la stratégie de développement de la CSU au Cameroun telles que proposées dans la présente stratégie nécessite des institutions fortes et des acteurs ayant des capacités managériales avérées. Ces réformes nécessiteront une volonté politique soutenue pour encadrer les améliorations attendues. De nombreux acteurs seront impliqués dans la mise en œuvre de cette stratégie. Les structures existantes seront renforcées pour mieux accompagner la mise en œuvre de cette stratégie et de nouvelles structures créées.

4.1 Les structures de mise en œuvre du système CSU

Les structures chargées de la mise en œuvre de la CSU sont:

- (I) L'Instance d'orientation stratégique;
- (II) L'organe de gestion;
- (III) Les organismes délégués ;
- (IV) Les administrations publiques;
- (V) Les autres acteurs.

Figure 5: Architecture organisationnel et institutionnel pour la mise en œuvre de la CSU





4.2 Instance d'orientation stratégique : le Conseil National de la Santé et de l'Hygiène Publique (CNSHP)

Le CNSHP est la plus haute instance de gouvernance de l'État en matière de santé. Dans le cadre de la CSU au Cameroun, cette instance aura un rôle supérieur d'orientation des grandes décisions qui guident la mise en place de la CSU. Ce Conseil veille à la mise en œuvre des orientations définies par le Gouvernement dans le domaine de la CSU. Il indique par ses délibérations, les grandes orientations gouvernementales dans le domaine de la CSU.

Le Conseil a pour missions de:

- i. S'assurer de l'adéquation entre le fonctionnement du système de CSU, les orientations définies par l'Etat et les textes en vigueur
- ii. Prendre les mesures nécessaires à la régulation du système de CSU
- iii. Proposer les projets de textes législatifs et réglementaires relatifs à la CSU
- iv. Procéder à l'étude des questions dont le Président de la République le saisit
- v. Assister le Gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique sanitaire et sociale, ainsi que la recherche des voies et moyens pour sa mise en œuvre
- vi. Proposer les formules les plus appropriées en vue d'une meilleure coordination de l'action sanitaire et sociale
- vii. Potentialiser et de coordonner, dans le contexte de la CSU, les activités susceptibles d'influer favorablement sur la santé publique au niveau des divers ministères, associations et organismes intéressés par les

problèmes sanitaires nationaux, afin d'éviter les doubles-emplois et les empiètements préjudiciables au plein succès de leur action.

- viii. Coordonner le processus d'accréditation des prestataires et de définition/actualisation du panier de soins et services de santé dans le cadre de la CSU ;
- ix. Assurer la redevabilité des différents acteurs du système CSU

4.3 Organe de gestion de la CSU

L'organe de gestion comprend à son sein deux instances :

Conseil d'administration:

Le conseil d'administration est la structure délibérante de l'organe de gestion. Il est composé des représentants de l'administration publique, des représentants du secteur privé, de la Société Civile, des Prestataires et du personnel de la structure.

Le conseil a pour principal rôle de:

- i. Fixer les objectifs et approuver les projets de performance de l'organe de gestion
- ii. Adopter le budget
- iii. Approuver les rapports annuels
- iv. Adopter l'organigramme de la structure
- v. Autoriser le recrutement/ licenciement du personnel
- vi. Nommer le personnel

La Direction générale:

La gestion de la CSU sera assurée par un établissement public à caractère spécial qui sera mis en place par voie réglementaire. Ainsi, il sera chargé de la mise en commun de toutes les interventions (collecte des contributions, mise en commun, immatriculation, gestion informatique, contrôle médical, contractualisation, achat des prestations).

La Direction générale est chargée:

- i. Mobilisation des fonds dans le cadre de la CSU ;
- ii. Gestion des fonds collectés dans le CSU
- iii. Immatriculation des assujettis et des autres bénéficiaires
- iv. Organisation et la coordination des informations relatives aux bénéficiaires et aux prestations couvertes
- v. Contrôle administratif des prestations couvertes
- vi. Contrôle médical en matière de soins et services de santé et de l'application de la tarification des actes
- vii. Conventions avec les prestataires de soins et services de santé et autres organismes aux fins d'assurer les prestations de soins et services et autres activités inhérentes à la prise en charge des bénéficiaires
- viii. Mise en œuvre en relation avec les administrations concernées, les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des populations

- ix. Production des statistiques de la Couverture Santé Universelle
- x. Mise en œuvre de toutes les opérations complémentaires ou connexes pouvant se rattacher à son objet social
- xi. Exécution de toute autre mission à elle confiée par le Gouvernement en rapport avec son objet social

4.4 Les Organismes délégués

Les organismes délégués sont inscrits dans le cadre juridique instituant la CSU, ce qui donne la possibilité à l'organe de gestion de déléguer certaines de ces compétences (fonctions techniques) à certains organismes (CSU, Fonds régional de promotion de la santé, établissements de micro-financés, assurances privés). Pour ce faire, une convention doit préalablement être signée entre l'organe de gestion et les organismes délégués.

Les organismes délégués peuvent être chargés de :

- i. L'appui technique pour une mobilisation continue de la population
- ii. La collecte des contributions sociales
- iii. Les vérifications médicales

4.5 Les administrations publiques

Ministère en charge de la Santé:

Le Ministère en charge de la Santé est responsable de la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de santé publique.

A cet effet, il est chargé de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires relatifs à la CSU, de l'élaboration du panier de base et des



protocoles/normes et standards de soins et de leur révision, de la définition des critères d'accréditation des formations sanitaires, de l'appui à l'organe de gestion, du renforcement des capacités des acteurs en CSU et de la sensibilisation de la population.

Ministère en charge de la sécurité sociale

Le Ministère en charge de la sécurité sociale est chargé de l'élaboration de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique et des programmes du Gouvernement dans le domaine des relations professionnelles, du statut des travailleurs et de la sécurité sociale.

En matière de protection sociale, le Ministère en charge du Travail et de la sécurité sociale est chargé de consolider les acquis, réorganiser structurellement les organismes de sécurité sociale dont l'organe de gestion. En ce qui concerne la CSU, il est chargé de la sensibilisation des acteurs du travail (patronat, travailleurs), de l'appui technique de l'organe de gestion en ce qui concerne le traité CIPRES et de la définition des mécanismes de contribution sociale dans le secteur informel.

Ministère en charge des affaires sociales:

Le Ministère en charge des affaires sociales est responsable de l'élaboration de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de prévention, d'assistance et de protection des personnes socialement vulnérables. Dans le cadre de la CSU, elle peut être chargée de la méthodologie d'immatriculation des personnes indigentes et de leur ciblage et de l'élaboration du registre social unifié et de la sensibilisation de la population en CSU.

Ministère en charge des Finances:

Le Ministère en charge des finances est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière de finances publiques. Dans le cadre de la CSU, il peut être chargé de la collecte des contributions sociales des bénéficiaires du secteur public, de la dotation budgétaire et de la subvention de l'organe de gestion et de l'accompagnement de l'organe de gestion sur les questions relatives à la gestion des finances publiques.

Ministère en charge de la planification

Le Ministère en charge de la planification est chargé de la planification des investissements dans le cadre de la CSU surtout en ce qui concerne la mise à niveau du plateau technique des formations sanitaires, l'équipement des FOSA en matériel informatique et de l'appui de l'organe de gestion pour les questions relatives à la coopération.

Autres ministères.

L'approche multisectorielle qui prévaut dans les politiques et les plans de santé sera maintenue dans la mise en œuvre de cette stratégie de CSU. Ainsi, tous les ministères et institutions ayant un volet santé dans leurs interventions seront associés à la mise en œuvre de cette stratégie (MINEDUB, MINESEC, MINESUP, MINDEF, MINJUSTICE, DGSN, etc.).

Les autres ministères appuient et accompagnent le processus de mise en œuvre du système de CSU vers l'atteinte de l'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle et des ODD chacun selon son domaine de compétence.

Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD):

Le rôle des CTD est d'apporter des appuis techniques dans la mise en place, le suivi et la coordination des activités de la CSU au niveau régional. Dans ce cadre, la région appuie les districts de santé dans la définition des priorités, la programmation et la mobilisation de la population. Les CTD coordonnent les activités de formation, d'appui et de conseil. Elle facilite le partage d'informations et de meilleures pratiques ainsi que le développement de partenariats entre la CSU et les programmes de prévention et de promotion sanitaire dans la région.

Prestataires de soins et services de santé:

Dans le cadre de la CSU, les prestataires peuvent comprendre les formations sanitaires publiques, privées et privées à but non lucratif, les officines pharmaceutiques et laboratoires ayant au préalable été accrédités par l'autorité en charge de la santé et bénéficiant d'une convention ou contrat avec l'organe de gestion.

Au niveau des établissements de santé, chaque établissement disposera d'un personnel de la CSU au sein des CMA/ CSI, où le plus grand nombre de patients sera attendu. Ce personnel sera chargé de la gestion financière et de la lutte contre la surconsommation, la surfacturation et la fraude. En plus des activités administratives et financières, ce personnel sera chargé:

i. de la sensibilisation de la population à adhérer de CSU;

- ii. de la supervision des comités d'initiative CSU dans la formation sanitaire;
- iii. du contrôle des coûts des prestations des soins;
- iv. de la concertation avec les partenaires.

Les Bénéficiaires:

Principaux acteurs du financement de la CSU, ils aspirent à accéder aux prestations de qualité. Pour ce faire, ils doivent jouer un rôle de veille citoyenne à travers la société civile et les organisations à base communautaire; ceci en dénonçant les mauvaises pratiques des prestataires de soins et services de santé et de l'organe de gestion. Ils constituent donc un mécanisme de remontée des plaintes et aussi des suggestions pour l'amélioration de la qualité des services.

Les partenaires techniques et financiers (PTF) et la société civile camerounaise (OSC) du secteur de la santé.

En leur qualité de pourvoyeurs de ressources financières et de moyens techniques, ces acteurs constituent des partenaires importants pour une mise en œuvre de la CSU. La présente stratégie envisage de renforcer à court et à moyen terme le cadre de coopération avec ces acteurs, notamment l'actualisation de la Stratégie Partenariale qui servira de cadre de concertation et de suivi des interventions de ces partenaires.

5. SUIVI ET L'ÉVALUATION

5.1 Mécanismes de suivi-évaluation

Le suivi est l'analyse régulière des éléments clés pour mesurer la performance de la CSU grâce à des rapports réguliers et à des systèmes de contrôle ainsi que la supervision des activités menées. A cet effet, un guide de supervision sera élaboré et précisera le cadre y afférent à travers les trois niveaux de gestion de la CSU : central, régional et communal. De plus, le suivi permet de déterminer les lacunes qui exigent un plus grand effort pour atteindre les résultats.

Rapports d'avancement: chaque année, l'organe de gestion (chaque fois qu'il est créé), ou la DPS/MINISANTE (En l'absence l'organe de gestion) présentera au GTN-CSU ou a la CNSHP le rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de CSU. Ce rapport sera la synthèse des rapports des différentes composantes de la mise en œuvre. Les résultats des rapports d'évaluation, et d'études relatifs à mise en œuvre de la CSU au Cameroun, les contrôles et les audits financiers, et tout travail réalisé dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie seront utilisés lors de la consolidation des rapports d'avancements. Ce rapport qui sera soumis à l'appréciation des acteurs concernés, sera par la suite, dès son approbation, largement diffusé.

Évaluations: Des évaluations interne et externe, à mi-parcours et à la fin de la mise en œuvre de la stratégie de CSU seront réalisées respectivement avant de passer d'une phase à l'autre de la mise en œuvre de cette stratégie. En outre, des évaluations de chaque réforme seront effectuées aux moments appropriés et les résultats utilisés pour déterminer des actions correctives nécessaires pour orienter la mise en œuvre de la stratégie. Une évaluation finale de l'ensemble des trois phases de la mise en œuvre de la CSU sera réalisée en 2030, précédée par les évaluations finales des principales réformes

5.2 Cadre logique suivi-évaluation - les indicateurs traceurs

Dans ce système de suivi-évaluation les indicateurs traceurs liés aux axes stratégiques sont définis. Ceux-ci définissent le niveau élevé des résultats attendus. Se référer à l'annexe 01 pour les détails sur le suivi et l'évaluation liés aux interventions.

Tableau 4: Cadre logique de suivi-évaluation pour le développement de la CSU - Indicateurs traceurs

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence (Année)	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
AXE STRATÉGIQUE 1: Gouvernance de CSU - Mettre en place le dispositif institutionnel, juridique et réglementaire et renforcer l'apprentissage, efficacité et la pérennité de la CSU						
AXE 1	GTN-CSU OG MINSANTE MINTSS MINFI MINAS MINEPAT PM Assemblée Nationale PRC	1.1 Existence et fonctionnement de l'Organe de gestion (acheteur)	Non (2020)	Oui	N/A	Journal officiel
		1.2 Taux de satisfaction des populations cibles	ND	60%	70%	Enquêtes (EDS et ECAM)
		1.3 Taux de satisfaction des établissements de soins et services	ND	60%	70%	Enquêtes (EDS et ECAM)
AXE STRATÉGIQUE 2: Couverture de la Population - D'ici 2030, 70% de la population est couverte en protection sociale de santé par les mécanismes de la CSU en renforçant les autres mécanismes de couverture complémentaire						
AXE 2	MINSANTE MINTSS MINAS OG	2.1 Utilisation des services de consultations externes	0.39/hbt (2019)	0.50	0.70	SNIS
		2.2 Taux de couverture de la population en protection sociale/santé	6,46% (2015)	35%	70%	Enquêtes (EDS et ECAM)

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence (Année)	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
AXES STRATÉGIQUE 3: Couverture des Services - D'ici 2030, Accroître de 40 à 60% la couverture des services de santé essentiels en assurant une extension progressive du paquet de soins et services de santé de qualité couverts						
AXE 3	MINEE, MINEPND MINSANTE MINAS MINTSS MINEPAT, MINFI MINCOMERCE MINSEP MINEDUB MINESEC MINESUP	3.1 Index CSU de couverture de services essentiels	40 (2019)	50	60	SNIS Enquêtes (EDS) GHO
		3.2 Densité et distribution des services	2.36/10,000 hbt (2018)	2.50/10,000 hbt	3.00/10,000 hbt	SNIS
		3.3 Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques	TBD			Enquêtes (SARA/HFA)
		3.4 Proportion de population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre / amélioré	72,9%(2014)	80%	85%	Enquêtes (EDS, GLASS)
		3.5 Proportion de population utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre/ amélioré	34,9% (2014)	45%	55%	Enquêtes (EDS, GLASS)
		3.6 Consommation totale de l'alcool par habitant	9,9 litre par habitant/ an (2016)	Rechercher les projections	Rechercher les projections	Enquêtes (EDS, MICS, STEPS)
		3.7 Consommation du tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus standardisée selon l'âge	0,3% femmes & 11% chez hommes (2014)	Rechercher les projections	Rechercher les projections	Enquêtes (EDS, MICS, STEPS)
		3.8 Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge	27% (2016)	Rechercher les projections	Rechercher les projections	Enquêtes (EDS, MICS, STEPS)
		3.9 Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans	28,9% (2018)	Rechercher les projections	Rechercher les projections	Enquêtes (EDS, MICS, SMART)
			3.10 Taux d'accessibilité aux médicaments essentiels	57,7% (2018)	65%	75%

ORIENTATION STRATÉGIQUE	Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence (Année)	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
AXE STRATÉGIQUE 4: Protection contre le risque financier - Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 35% d'ici à 2030						
AXE 4	GTN-CSU OG CNPS MINFI MINEPAT MINTSS	4.1 Incidence des dépenses catastrophiques en santé (Seuil > 10%)	11.8%(2014)	10%	8.5%	Enquêtes (ECAM, CNS)
		4.2 Incidence de l'appauvrissement	1,4%(2014)	1,1%	0,8%	Enquêtes (ECAM, CNS)
		4.3 Part des paiements directs dans les dépenses courantes de santé	70%(2016)	50%	35%	Enquêtes (ECAM, CNS)



6. COÛT DE LA STRATÉGIE (2020-2030)

L'analyse du coût de la stratégie de développement de la CSU au Cameroun avait deux objectifs principaux:

1. Déterminer le coût programmatique de l'intervention de la CSU sur la période 2020-2030
2. Pour déterminer le coût de la fourniture d'un ensemble de services spécifié pour les phases 1 (2021-2025) et phase 2 (2026-2030)

6.1 Coût programmatique des interventions

I. Coût Total

Le coût total de la mise en oeuvre programmatique de la stratégie de développement de la CSU (2020-2030) est de 17 432 102 400 FCFA (soit 19 303 285 559 FCFA ajustement en fonction de l'inflation annuelle moyenne de 2.1%).

II. Coût par axe stratégique:

Tableau 5. Coût par axe stratégique

Axes stratégiques	Total	Pourcentage
Axes stratégiques 1: Gouvernance: Mettre en place le dispositif juridico-institutionnel et renforcer l'apprentissage, l'efficacité et la pérennité de la CSU	3 490 317 400	20,02%
Axes stratégiques 2: Couverture de la population: D'ici 2030, 70% de la population est couverte en protection sociale de santé par les mécanismes de la CSU en renforçant les autres mécanismes de couverture complémentaire	1 837 225 000	10,54%
Axes stratégiques 3: Couverture des services: OS3: D'ici 2030, accroître de 40 à 60% la couverture des services de santé essentiels en assurant une extension progressive du paquet de soins et services de santé de qualité couverts	11 861 500 000	68,04%
Axes stratégiques 4: Protection financière en santé: OS4: Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 35% d'ici à 2030.	243 060 000	1,39%
Coût Total	17 432 102 400	100%

III. Coût par intervention stratégique

Tableau 6: Coût par Interventions stratégique

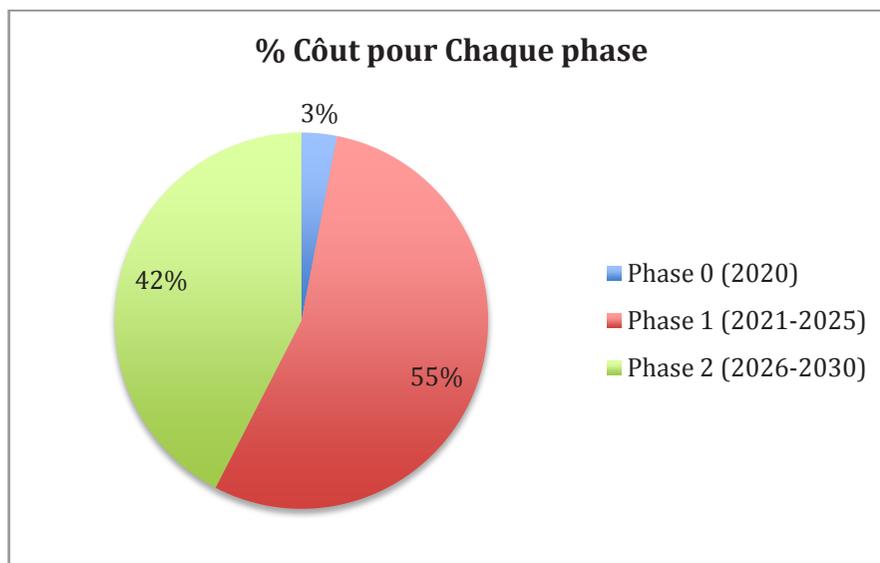
N°	Interventions stratégique	Total
Axes stratégiques 1: Gouvernance		
Stratégie 1.1:	Établissement du cadre juridico-institutionnel	1 149 064 400
Stratégie 1.2:	Renforcement du cadre de dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la CSU, y compris la population	1 455 101 000
Stratégie 1.3:	Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences	111 120 000
Stratégie 1.4:	Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU	113 052 000
Stratégie 1.5:	Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion efficace et efficiente	661 980 000
Axes stratégiques 2: Couverture de la population		
Stratégie 2.1	Mobilisation, Enrôlement, immatriculation et affiliation des bénéficiaires	370 585 000
Stratégie 2.2	Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture	1 466 640 000
Axes stratégiques 3: Couverture des services		
Stratégie 3.1	Fourniture d'un paquet de soins et services de santé essentielle	4 846 630 000
Stratégie 3.2	Renforcement du partenariat entre l'organe de gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé	6 568 620 000
Stratégie 3.3	Mise à niveau progressive du plateau technique des formations sanitaires	0
Stratégie 3.4	Renforcement de l'approche «Santé dans toutes les politiques publiques» pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU	446 250 000



Axes stratégiques 4: Protection contre le risque financier		
Stratégie 4.1	Renforcement des mécanismes de collecte et recouvrement des contributions sociales	178 380 000
Stratégie 4.2	Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes	18 480 000
Stratégie 4.3	Renforcement de l'équité et de la justice sociale dans la mobilisation des ressources sur la base de la capacité contributive	46 200 000

IV. Coût par CSU Phasage

Figure 6: Distribution des coûts par CSU phasage



La phase 1 nécessitera la majorité du financement estimé à 55% du cout total de la CSU.

ANNEX 01: CADRE LOGIQUE DÉTAILLÉ DE SUIVI-ÉVALUATION

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
AXE STRATÉGIQUE 1: Gouvernance de CSU - Mettre en place le dispositif institutionnel, juridique et réglementaire et renforcer l'apprentissage, efficacité et la pérennité de la CSU							
Indicateurs traceurs:							
<ul style="list-style-type: none"> - Existence et fonctionnement de l'Organe de gestion (acheteur) ; Référence = Non (2020) ; Cible Phase 1= Oui - Taux de satisfaction des populations cibles ; Référence = ND ; Cible Phase 1= 60% ; Cible Phase 2= 70% - Taux de satisfaction des établissements de soins et services ; Référence = ND ; Cible Phase 1= 60% ; Cible Phase 2= 70% 							
1.1	Stratégie 1.1: Établissement du cadre juridico-institutionnel						
1.1.1	Développer un cadre législatif et réglementaire encadrant la CSU	GTN-CSU PM Assemblée Nationale PRC	Disponibilité de loi cadre sur la CSU et des textes subséquents	Non Disponible	Oui	N/A	Journal officiel
1.1.2	Mettre en place l'architecture institutionnelle de la CSU	GTN-CSU PM PRC	Disponibilité des textes sur l'architecture institutionnelle	Non Disponible	Oui	N/A	Journal officiel
1.1.3	Mettre à jour des lois et codes déontologiques et éthiques des ordres professionnels et réorganiser les formations sanitaires	GTN CSU Gouvernement PRC	Disponibilité des lois et codes mis à jour	Non Disponible	Oui	N/A	Journal officiel
1.2	Stratégie 1.2: Renforcement du cadre de dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la CSU, y compris la population						
1.2.1	Etablir des plateformes de dialogue entre les administrations, les prestataires de soins et services de santé, la société civile et les autres structures de dialogue	GTN-CSU	Existence d'un cadre de dialogue multisectoriel	Non Disponible	Oui	N/A	Rapports d'activités

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
1.2.2	Définir et renforcer les rôles, responsabilités et les capacités (ressources humaines, équipements, formation, finances) des parties prenantes, y inclus les rôles du niveau décentralisé, de la société civile et de la communauté (bénéficiaires)	GTN-CSU OG	Existence des procédures décrivant les rôles et responsabilités à tous les niveaux	Non Disponible	Oui	N/A	Rapport d'activités GTN-CSU OG
1.2.3	Mettre en œuvre le plan de communication pour répondre aux différents défis de la CSU	Organe de gestion	Taux de réalisation des activités du plan de communication	Non Disponible	50%	80%	Rapport d'activités OG
1.3	Stratégie 1.3: Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences						
1.3.1	Mettre en œuvre le cadre de suivi et d'évaluation pour apprécier les progrès	GTN-CSU OG	Taux de collecte périodique des indicateurs prévus dans le cadre de suivi-évaluation	Non Disponible	60%	90%	Rapports d'activités
1.3.2	Renforcer les mécanismes de partage de l'information, des meilleures pratiques et de l'apprentissage	GTN-CSU OG	Proportion de rapports de suivi produits périodiques	0	100%	100%	Rapport d'activité OG et Bulletins d'information de la société civile
1.3.3	Institutionnaliser l'analyse des informations sur la protection contre le risque financier, l'équité et les dépenses de santé, pour la prise de décision	OG	Nombre Comptes de la Santé produits	comptes de la santé 2012	03 CS produits	03 CS produits	Rapports d'activités

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
1.4	Stratégie 1.4: Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU						
1.4.1	Concevoir et mettre en œuvre un système d'information efficace et efficient	GTN CSU OG	Taux de satisfaction des utilisateurs	Non Disponible	50%	80%	Document d'indicateurs
1.4.2	Informatiser toutes les fonctions principales de la CSU	OG Gouvernement Etablissement de santé	Taux d'informatisation du système	Non Disponible	70%	100%	plan intégré de suivi évaluation disponible
1.4.3	Concevoir et développer un plan de continuité d'activités pour le fonctionnement en mode dégradé	OG, Etablissements de santé Populations	Disponibilité d'un plan de continuité des activités	Non Disponible	Oui	N/A	Rapport d'activité OG et Bulletins d'information de la société civile
1.5	Stratégie 1.5: Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion efficace et efficiente						
1.5.1	Améliorer la mise en commun des fonds et intégrer les mécanismes de couverture de la population pour réduire la fragmentation et aligner les ressources sur les priorités	OG Gouvernement	Taux de fonds collectés par rapport au budget prévisionnel	ND	70%	90%	Rapport d'activités GTN CSU
1.5.2	Établir des procédures et des lignes directrices pour assurer la reddition de comptes à l'égard des fonds publics et la gestion des finances publiques	OG	Disponibilité d'un manuel de procédures conforme aux exigences statutaires	Non	Oui	N/A	Rapport d'activités OG



ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
1.5.3	Institutionnaliser les audits interne et externe du système CSU	OG	Taux de réalisation du plan d'audit périodique validé	ND	70%	80%	Rapport d'activités
1.5.4	Renforcer le rôle et les capacités de l'organe de gestion CSU en tant qu'acheteur stratégique de services de santé	OG	Taux de réalisation du plan de renforcement des capacités	ND	70%	80%	Rapport d'activités
AXE STRATÉGIQUE 2: Couverture de la Population - D'ici 2030, 70% de la population est couverte en protection sociale de santé par les mécanismes de la CSU en renforçant les autres mécanismes de couverture complémentaire							
Indicateurs traceurs:							
<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation des services de consultations externes; Référence = 0.39/hbt (2019) ; Cible Phase 1 = 0.50 ; Cible Phase 2 = 0.70 - Taux de couverture de la population en protection sociale/santé; Référence = 6,46%(2015) ; Cible Phase 1 = 35% ; Cible Phase 2 = 70% 							
2.1	Stratégie 2.1: Enrôlement, immatriculation et affiliation des bénéficiaires						
2.1.1	Développer des procédures administratives simplifiées d'enregistrement	CSU OG	Disponibilité d'un manuel de procédures simplifié d'enregistrement	Non	Oui	N/A	Rapport d'activités
2.1.2	Déployer et maintenir tous les équipements nécessaires à l'enrôlement et l'immatriculation	CSU OG	Taux de déploiement des équipements d'enrôlement	ND	70%	95%	Rapport d'activités
2.1.3	Mettre en place des mécanismes d'affiliation des bénéficiaires (y compris les populations clés) et assurer l'engagement des parties prenantes à plusieurs niveaux	OG MINSANTE MINAS	Proportion des populations indigentes affiliées	ND	70%	95%	Rapport d'activités
2.1.4	Assurer une communication suffisante pour une adhésion massive à la CSU	GTN-CSU OG	Proportion des campagnes de sensibilisation réalisées	ND	80%	90%	Rapport d'activités GTN-CSU OG

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
2.2	Stratégie 2.2: Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture						
2.2.1	Effectuer une évaluation de la population non couverte et identifier les facteurs et les obstacles pour cette population	MINSANTE MINAS GTN CSU	Disponibilité de l'étude	Non	Oui	N/A	Rapport de l'étude
2.2.2	Développer des mécanismes innovants pour atteindre la population non couverte	OG	Proportion de la population non couverte	ND	30%	50%	
2.2.3	Impliquer les OSC (OBC, populations clés) pour l'inclusion des groupes vulnérables marginalisés afin de lever les barrières culturelles	CSU OG, OSC, OBC	Proportion des OSC impliqués				
2.2.4	Poursuivre le ciblage des PSV à l'échelle nationale amorcé par le MINAS en vue de la mise en place d'un Registre Social Unifié	OG	Taux de réalisation du ciblage des PSV	ND	100%	N/A	Rapport de l'étude
AXES STRATÉGIQUE 3: Couverture des Services - D'ici 2030, Accroître de 40 à 60% la couverture des services de santé essentiels en assurant une extension progressive du paquet de soins et services de santé de qualité couverts							
Indicateurs traceurs:							
<ul style="list-style-type: none"> - Index de couverture de services; Référence = 40%(2019) ; Cible Phase 1 = 50% ; Cible Phase 2 = 60% - Densité et distribution des services; Référence = 2.36 (2018) pour 10 000 hbts ; Cible Phase 1 =2.50 ; Cible Phase 2 =3.00 - Disponibilité et capacités opérationnelles des services spécifiques; Référence = TBD pour 10 000 hbts ; Cible Phase 1 =xxx ; Cible Phase 2 =xxx 							
3.1	Stratégie 3.1: Fourniture d'un paquet de soins et services essentiels de santé (avantages sociaux) de qualité						
3.1.1	Définir le paquet de soins et services essentiels de santé et le panier de soin de base (avantages sociaux) à couvrir et son extension progressive en associant la communauté et les prestataires de services	GTN-CSU OG, MINSANTE CS	Disponibilité du paquet de soins et services de santé essentielle	Non	Oui	Oui	Panier de soins



ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
3.1.2	Définir les normes, standards et les protocoles de soins y compris les mécanismes de contrôle de la qualité des soins et des services	GTN-CSU OG	Proportion des normes, standards et protocoles de soins existants	ND	80%	90%	Rapport d'activités GTN-CSU et OG
3.1.3	Institutionnaliser le mécanisme d'évaluation régulière de la conformité aux normes de soins, aux politiques et aux procédures établies	GTN-CSU OG SC, OBC,	Taux de réalisation du plan d'évaluation périodique	ND	80%	80%	Rapport suivi exécution plan d'évaluation périodique
3.1.4	Renforcer le système d'approvisionnement pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et consommables médicaux essentiels de qualité	OG CENAME MINSANTE	Taux d'accessibilité aux médicaments essentiels	57,7%(2018)	65%	75%	Enquêtes
3.2	Stratégie 3.2: Renforcement du partenariat entre l'organe de gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé de couverture						
3.2.1	Définir le cadre de partenariat, de performance et le processus de gestion entre l'organe de gestion (l'acheteur) et les prestataires de soins et services de santé	GTN-CSU et OG	Disponibilité d'un cadre contractuel générique	Non	Oui	N/A	Cadre contractuel OG et prestataires
3.2.2	Mettre en place des mécanismes et des plateformes pour l'évaluation et le suivi réguliers des indicateurs de performance clés du partenariat.	OG	Proportion des réunions d'évaluation tenue avec les prestataires	ND	80%	80%	Rapport d'activité OG
3.2.3	Renforcer le niveau de performance des prestataires des soins et services.	OG	Indice de performance (*)	ND			Rapport d'activité OG

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
3.3	Stratégie 3.3: Mise à niveau progressif du plateau technique des formations sanitaires						
3.3.1	Élaborer un dossier d'investissement pour la mise à niveau du plateau technique des établissements de soins et services	GTN-CSU OG MINSANTE	Disponibilité du plan d'investissement	Non	Oui	Oui	Rapport d'activité GTN-CSU OG
3.3.2	Programmer la mise à niveau progressive du plateau technique des établissements de soins et services dans le cadre de programmation du Ministère en charge de la Santé Publique	MINSANTE MINEPAT	Taux de réalisation du programme de mise à niveau	ND	75%	75%	Rapport d'activité GTN-CSU
3.3.3	Renforcer les ressources humaines disponibles	MINSANTE	Densité et distribution des ressources humaines en santé, pour 10 000 habitants	11,53 pour 10 000 hbts (2017)			SNIS
3.4	Stratégie 3.4: Renforcement de l'approche « Santé dans toutes les politiques publiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU						
3.4.1	Améliorer la couverture et l'accès des populations à l'eau potable	MINEE, MINSANTE, MINEPAT, MINFI	Populations utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre / amélioré	72,9%(2014)			Enquêtes
3.4.2	Renforcer les mesures d'assainissement de milieux et promouvoir un environnement propice à la santé	MINEE, MINEPND MINSANTE MINEPAT, MINFI	Populations utilisant un service d'assainissement géré de manière sûre / amélioré	34,9% (2014)			Enquêtes



ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
3.4.3	Promouvoir l'adoption des comportements sains pour réduire les facteurs de risques	MINCOMERCE MINSEP MINEDUB MINESEC MINESUP MINSANTE	<ul style="list-style-type: none"> - Consommation totale de l'alcool par habitant - Consommation du tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus standardisée selon l'âge - Prévalence du manque d'activité physique chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge - Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - 9,9 litre par habitant/an (2016) - 0,3% femmes & 11% chez hommes (2014) - 27% (2016) - 28,9% (2018) 	Rechercher les projections	Rechercher les projections	Enquêtes

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
AXE STRATÉGIQUE 4: Protection contre le risque financier - Réduire la part du paiement direct des ménages dans les dépenses totales de santé de 70% à 35% d'ici à 2030							
Indicateurs traceurs:							
<ul style="list-style-type: none"> - Ratio des dépenses catastrophiques (Seuil > 10%); Référence = 11.8%(2014) ; Cible Phase 1 = 10% ; Cible Phase 2 = 8.5% - Incidence de l'appauvrissement; Référence = 1.4%(2014) ; Cible Phase 1 = 1.1% ; Cible Phase 2 = 0.8% ; - Part des paiements directs dans les dépenses de santé; Référence = 70%(2016) ; Cible Phase 1 = 50% ; Cible Phase 2 = 35% 							
4.1	Stratégie 4.1: Collecte et recouvrement des contributions sociales						
4.1.1	Définir des mécanismes spécifiques de collecte des contributions pour le secteur informel et formel.	GTN-CSU OG	Taux de recouvrement des contributions par secteur	ND			Rapport d'activité GTN-CSU OG
4.1.2	Mettre en place un processus spécifique et des canaux de paiement de primes pour les contributions du secteur informel	GTN-CSU OG	Taux de collecte des fonds du secteur informel	ND			Rapport d'activité GTN-CSU OG
4.1.3	Renforcer la mise en œuvre de l'affiliation obligatoire pour assurer la solidarité nationale	GTN-CSU OG	Taux d'affiliation de la population cible	ND			Rapport d'activités OG
4.1.4	Mobiliser les ressources pour la prise en charge des personnes socialement vulnérables et particulièrement les indigents	GTN-CSU OG	Proportion des fonds mobilisés sur le besoin estimé	ND			Rapport d'activités OG
4.2	Stratégie 4.2: Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes						
4.2.1	Engager les principales parties prenantes (MINEPAT, MINFI, Assemblée nationale) pour la mobilisation des ressources domestiques pour la santé	GTN-CSU OG	Taux de croissance annuel de la contribution de l'Etat sur le budget de la CSU	ND	10%	10%	Rapport d'activités OG

ORIENTATION STRATÉGIQUE		Responsable (autres)	Indicateur	Base de référence	Cible CSU Phase 1 (2021-2025)	Cible CSU Phase 2 (2026-2030)	Source des données
4.2.2	Aligner les engagements des partenaires au développement aux priorités de la CSU	GTN-CSU OG	Proportion des appuis des PTF alloués à la CSU	ND			Rapport d'activités OG
4.2.3	Explorer les projets d'investissement et Introduire d'autres mécanismes de génération de ressources pour la CSU	OG	Proportion des Revenus financiers générés sur le budget total	ND			Rapport d'activités OG
4.3	Stratégie 4.3: Renforcement de l'équité et de la justice sociale dans la mobilisation des ressources sur la base de la capacité contributive						
4.3.1	Établir un système dynamique de classification socio-économique pour une meilleure catégorisation des ménages en fonction de leur capacité contributive	GTN-CSU, OG MINAS	Disponibilité d'un système de classification socio-économique	Non	Oui	N/A	Rapport d'activités OG
4.3.2	Mener le plaidoyer en faveur des subventions spécifiques nationales pour fournir aux personnes vulnérables et aux indigents identifiés des services de santé subventionnés	GTN-CSU, OG MINAS	Proportion des subventions mobilisés sur le besoin.	ND			Rapport d'activités OG
4.3.3	Mettre en place un mécanisme d'affiliation adapté au système de protection sociale des acteurs du secteur informel et rural	GTN-CSU, OG OBC, SC	Proportion du secteur informel et rural affilié au système	ND			Rapport d'activités OG

ANNEX 02: COÛT PRÉVISIONNEL PAR ANNÉES

OBJECTIF STRATEGIQUE / SPECIFIQUE	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
Axes stratégiques 1: Gouvernance	340,984,500	789,093,400	406,341,000	406,024,500	500,688,000	39,990,000	36,240,000	504,438,000	36,240,000	39,990,000	390,288,000	
Stratégie 1.1: Établissement du cadre juridico-institutionnel	11,310,000	438,454,400	95,700,000	95,700,000	206,100,000	-	-	206,100,000	-	-	95,700,000	1,149,064,400
Stratégie 1.2: Renforcement du cadre de dialogue entre les différents acteurs impliqués dans la CSU, y compris la population	194,074,500	188,528,000	186,240,000	194,314,500	178,578,000	39,990,000	36,240,000	182,328,000	36,240,000	39,990,000	178,578,000	1,455,101,000
Stratégie 1.3: Renforcement du cadre de suivi et d'évaluation, et la prise de décision basée sur les évidences	67,800,000	11,070,000	6,450,000	6,450,000	6,450,000	-	-	6,450,000	-	-	6,450,000	111,120,000
Stratégie 1.4: Utilisation de la technologie et de l'innovation dans la gestion de la CSU	67,800,000	41,481,000	3,771,000	-	-	-	-	-	-	-	-	113,052,000
Stratégie 1.5: Renforcement du leadership, de la gouvernance et de la redevabilité pour une gestion efficace et efficiente	-	109,560,000	114,180,000	109,560,000	109,560,000	-	-	109,560,000	-	-	109,560,000	661,980,000
Axes stratégiques 2: Couverture de la population	126,125,000	735,567,500	283,800,000	35,362,500	18,562,500	-	9,937,500	587,887,500	-	-	39,982,500	
Stratégie 2.1: Mobilisation, Enrôlement, immatriculation et affiliation des bénéficiaires	30,425,000	149,690,000	25,425,000	25,425,000	8,625,000	-	-	100,950,000	-	-	30,045,000	370,585,000
Stratégie 2.2: Identification des populations difficiles à atteindre, des populations non couvertes et exploration des mécanismes innovants de couverture	95,700,000	585,877,500	258,375,000	9,937,500	9,937,500	-	9,937,500	486,937,500	-	-	9,937,500	1,466,640,000
Axes stratégiques 3: Couverture des services	57,420,000	1,582,837,500	1,101,440,000	1,101,440,000	1,486,627,500	883,440,000	908,160,000	1,486,627,500	883,440,000	883,440,000	1,486,627,500	
Stratégie 3.1: Fourniture d'un paquet de soins et services de santé (avantages sociaux) de qualité	57,420,000	859,305,000	412,340,000	412,340,000	767,715,000	194,340,000	219,060,000	767,715,000	194,340,000	194,340,000	767,715,000	4,846,630,000



Stratégie 3.2: Renforcement du partenariat entre l'organe de gestion de la CSU et les prestataires de soins et services de santé	-	661,020,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	656,400,000	6,568,620,000
Stratégie 3.3 Mise à niveau progressive du plateau technique des formations sanitaires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Stratégie 3.4 Renforcement de l'approche « Santé dans toutes les politiques publiques » pour réduire la charge de morbidité et assurer la viabilité du dispositif de la CSU	-	62,512,500	32,700,000	32,700,000	62,512,500	32,700,000	32,700,000	62,512,500	32,700,000	32,700,000	62,512,500	62,512,500	446,250,000
Axes stratégiques 4: Protection contre le risque financier	9,240,000	38,970,000	29,730,000	9,240,000	29,730,000	29,730,000	9,240,000	18,480,000	40,980,000	18,480,000	9,240,000	9,240,000	
Stratégie 4.1: Renforcement des mécanismes de collecte et recouvrement des contributions sociales	9,240,000	29,730,000	20,490,000	9,240,000	20,490,000	20,490,000	9,240,000	9,240,000	31,740,000	9,240,000	9,240,000	9,240,000	178,380,000
Stratégie 4.2: Augmentation progressive de la part de l'Etat dans le budget de la CSU et mobilisation de ressources innovantes et pérennes	-	-	9,240,000	-	-	-	-	9,240,000	-	-	-	-	18,480,000
Stratégie 4.3: Renforcement de l'équité et de la justice sociale dans la mobilisation des ressources sur la base de la capacité contributive	-	9,240,000	-	-	9,240,000	9,240,000	-	-	9,240,000	9,240,000	-	-	46,200,000
Total général	533,769,500	3,146,468,400	1,821,311,000	1,552,067,000	2,035,608,000	953,160,000	963,577,500	2,597,433,000	960,660,000	941,910,000	1,926,138,000	1,926,138,000	17 432 102 400
Grand total Ajustement en fonction de l'inflation annuelle (2.1%)	533,769,500	3,212,544,236	1,898,609,260	1,651,914,979	2,212,061,094	1,057,534,438	1,091,543,639	3,004,170,302	1,134,424,623	1,135,641,060	2,371,072,427	2,371,072,427	19,303,285,559

