



MINSANTE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Analyse Situationnelle du financement de la santé au Cameroun

Stratégie de Financement de la Santé 2017-2027

Janvier 2017

Equipe de rédaction

Supervision générale :

- Monsieur MAMA FOU DA André, Ministre de la Santé Publique
- Monsieur HAYATOU Alim, Secrétaire d'Etat à la Santé Publique chargé des Epidémies et des Pandémies

Coordination Générale :

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

Groupe Technique National :

- M ANDEGUE Luc Florent, MINSANTE/DRFP - Président
- M MAINA DJOULDE Emmanuel, MINSANTE/DCOOP – Vice-président
- M BANDOLO Patrick, MINSANTE/DRFP – Point focal
- Dr OWONO Virginie, MINSANTE/DPS
- Dr MANGA Engelbert, MINSANTE/DCOOP
- Dr MATSEZOU Jacqueline, MINSANTE/ST/SSS
- Dr FOUAKENG Flaubert, MINSANTE/DPS
- Dr ENAME Harmelle, MINSANTE/PEV
- Dr MEDOUANE Caroline, MINSANTE/ICN/FM
- Mme BAKARI Habsatou, MINSANTE/DCOOP
- M EBOLO Georges, DRFP
- M TALLA Cyrille, MINSANTE/CIS
- M OMOGA Omer, MINSANTE/CS
- M EFFILA Cyrille, MINFI/DGB
- M AMOUGOU Gabriel, MINEPAT/DGEPIP
- Mme BOUBA Gernique, MINTSS/DSS
- Mme MINLEND Sidonie, MINAS/DSN
- Mme HANDJOU Chantal, MINPROFF
- Mme OMAM Esther, Reach out Cameroon
- M MOMO Jean, Fondation MOJE
- M GAMBO Hamadou, APROSPEN
- Représentant du GICAM
- M BISSALA Isaac, UGTC
- M ESSAMA TSOUNGUI René, CGT Liberté
- Représentant OMS
- Mme RAYMOND Alice, CHAI
- M BATCHABI Dramane, BIT
- M GUILLEBERT Josselin, GIZ/MINSANTE
- M ROBYN Jake, Banque Mondiale
- Mme JUQUOIS Maud, Banque Mondiale

Sommaire

Liste des tableaux	6
Liste des figures	7
Liste des abréviations	8
Résumé exécutif	9
Introduction	12
1. Présentation de la problématique et justification.....	12
2. Objectifs et méthodologie de l'étude.....	13
2.1. Objectifs	13
2.2. Méthodologie de l'analyse situationnelle.....	13
3. Cadre conceptuel.....	13
Chapitre I. Contexte	15
1. Présentation du pays	15
1.1. Situation démographique	15
1.2. Contexte économique.....	15
1.3. Contexte social.....	16
1.4. Situation sanitaire et profil épidémiologique	17
2. Orientations nationales et engagement internationaux	18
2.1. Cadrage institutionnel.....	18
2.2. Initiatives mondiales de financement de la santé	19
3. Principales réformes en cours.....	19
3.1. Passage au budget programme	19
3.2. Réforme hospitalière	20
3.3. Financement basé sur la performance	20
Chapitre II. Financement du système de santé au Cameroun	20
1. Historique du financement de la santé au Cameroun	21
1.1. L'expérience de l'état providence après l'indépendance	21
1.2. Le financement de la santé après la Conférence d'Alma Ata	21
1.3. Le financement de la santé pendant les années 90 : l'Initiative de Bamako.....	21
1.4. Le financement de la santé après les années 90	21
2. Estimation des besoins en financement du secteur santé	22
3. Analyse des dépenses par source, par régime et par prestataire	22
3.1. Volume global de financement de la santé	22
3.2. Dépenses courantes de santé par sources de financement	22
3.3. Dépenses courantes de santé par régimes de financement.....	23
3.4. Dépenses courantes de santé par prestataires de soins de santé.....	24
3.5. Dépenses courantes de santé des ménages par fonctions de santé.....	25
4. Comparaison internationale des principaux agrégats	26
5. Impact/influence de la gestion des finances publiques.....	29
Chapitre III. Analyse de l'impact/performance du financement de la santé	36
1. Analyse de l'équité du système	37
1.1. Inégalités en santé	37
1.2. Protection financière : dépenses catastrophiques et appauvrissantes	39
1.3. Equité dans l'accès aux soins de santé	41
1.4. Equité dans la redistribution des ressources	42

2.	Analyse de l'efficience	42
2.1.	Efficience allocative.....	42
2.2.	Efficience technique.....	46
3.	Analyse de la pérennité	47
3.1.	Pérennité des sources de financement.....	47
3.2.	Pérennité des mécanismes de financement.....	48
Chapitre IV. Protection sociale en santé au Cameroun : Caractéristiques, forces et faiblesses.....		51
1.	Le dispositif des fonctionnaires, agents publics et assimilés.....	52
1.1.	Caractéristiques	52
1.2.	Forces	52
1.3.	Faiblesses	53
1.4.	Défis	53
2.	Le dispositif des travailleurs du secteur formel privé et parapublic régi par le Code du travail.	53
2.1.	Caractéristiques	53
2.2.	Forces	54
2.3.	Faiblesses	54
2.4.	Défis	55
3.	Le dispositif des travailleurs de l'économie informelle et rurale.	55
3.1.	Caractéristiques	55
3.2.	Forces	56
3.3.	Faiblesses	56
3.4.	Défis	56
4.	Le dispositif des indigents et autres nécessiteux.....	56
4.1.	Caractéristiques	56
4.2.	Forces	57
4.3.	Faiblesses	58
4.4.	Défis	58
5.	Les dispositifs des femmes enceintes : l'exemple du chèque santé.....	58
5.1.	Forces	59
5.2.	Faiblesses	59
5.3.	Défis	59
6.	Les dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé.	59
6.1.	Caractéristiques	59
6.2.	Forces	63
6.3.	Faiblesses	63
6.4.	Défis	63
Chapitre V. Economie politique des réformes de financement et enjeux futurs.....		63
1.	La gouvernance du secteur de la santé	64
1.1.	Gestion des formations sanitaires	64
1.2.	La décentralisation.....	64
1.3.	Cadre fiscal et régulation	65
1.4.	Perception par la communauté	65
2.	Perception de l'engagement politique de l'Etat sur le financement de la santé	66
3.	Perceptions sur les opportunités de financement de la santé dans l'agenda politique.....	67

4. Perceptions sur certains aspects institutionnels liés au financement de la santé	67
Chapitre VI. Expériences internationales.....	69
1. Introduction /Contexte	70
2. Architecture de la CSU	71
2.1. Organisation et Gouvernance	71
2.2. Fonctionnement.....	72
Chapitre VII. Recommandations pour un financement équitable, efficient et pérenne	73
Bibliographie	74
Annexes.....	76
1. Définitions des concepts.....	76
2. Matrice de la mise en œuvre des solutions possibles pour l'amélioration de la gestion des dépenses publiques dans la santé au Cameroun.....	79
3. Leçons apprises de l'expérience internationale	83

Liste des tableaux

Tableau 1: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013.....	18
Tableau 2: Répartition des dépenses courantes de santé par régimes de financement en 2012.	24
Tableau 3: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataires de soins de santé en 2012.	25
Tableau 4: Répartition des dépenses courantes des ménages par fonctions de santé en 2012.....	26
Tableau 5: Dépense totale de santé par tête d'habitant en USD (PPP).....	27
Tableau 6: Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses du Gouvernement.....	27
Tableau 7: Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB.....	28
Tableau 8: Ressources externes en pourcentage des dépenses totales de santé.....	28
Tableau 9: Paiements directs des dépenses en santé en pourcentage des dépenses totales en santé	29
Tableau 10: Cibles du CDMT et dotations budgétaires (en millions de FCFA).....	31
Tableau 11 : Canevas d'avant-projet de budget de fonctionnement dans les formations sanitaires..	36
Tableau 12 : Distribution du poids de la maladie chez les enfants. Source : Analyse ADePT des données DHS 2011.....	38
Tableau 13: Distribution de l'état de santé et des conduites à risques chez les femmes.....	38
Tableau 15: Distribution de l'utilisation des services de santé chez les enfants.....	39
Tableau 16: Pourcentage de la population faisant face à des dépenses catastrophique en santé	40
Tableau 17 : Augmentation de la pauvreté suite aux dépenses de santé.....	40
Tableau 18: Recours aux soins par les ménages selon le niveau de revenu.....	41
Tableau 18: Synthèse des taux de couverture en assurance maladie de la population camerounaise selon la répartition par sexe, par lieu de résidence à Yaoundé ou à Douala, par niveau d'instruction, et selon le niveau de richesse	51
Tableau 19: Paiement/remboursement des frais médicaux et des frais d'évacuation sanitaire par le MINFI entre 2012 et 2015.....	52
Tableau 20: Couverture des frais médicaux liés aux accidents de travail par la CNPS entre 2010 et 2014.	54
Tableau 21: Couverture des frais médicaux liés aux maladies professionnelles par la CNPS entre 2010 et 2014.	54
Tableau 22: Aides médicales, aides aux naissances multiples et transferts des fonds aux CTD par le MINAS entre 2010 et 2014.	57
Tableau 23: Description des caractéristiques des dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé	61

Liste des figures

Figure 1: Liens entre fonctions de financement de la santé et objectifs CSU.	14
Figure 2: Répartition des besoins en financement 2016-2027	22
Figure 3: Répartition des dépenses courantes de santé en 2012 par sources de financement en 2012.	23
Figure 4 : Procédure du bon de commande administratif.....	33
Figure 5 : Procédure de dépense simplifiée.....	33
Figure 6: Répartition de la mortalité juvénile en fonction du lieu et zone de résidence.	37
Figure 7: Répartition de la mortalité juvénile en fonction du lieu et zone de résidence.	38
Figure 8: Diagramme de la parade de Pen. Les ménages sont ordonnés du revenu le plus faible à gauche au revenu le plus élevé à droite. Légende : ligne noire : revenus par ménages, ligne horizontale rouge : ligne de pauvreté, lignes rouges verticales : chute de revenus due aux dépenses de santé.....	41
Figure 9; Allocation budgétaire par tête (en F CFA) pour tous niveaux sanitaires confondus	44
Figure 10: Disponibilité des formations sanitaires par population.....	45
Figure 11 Répartition de la population et des effectifs des professionnels de la santé.....	46

Liste des abréviations

AAP	Agences d'Achat des Performances
AMU	Assurance Maladie Universelle
BIP	Budget d'Investissement Public
C2D	Contrat de Désendettement
CAA	Caisse Autonome d'Amortissement
CBMT	Cadre Budgétaire à Moyen Terme
CDMT	Cadre de dépense à Moyen Terme
CFA	Communauté Financière Africaine
CIEP	Comité Interministériel d'Examen des Programmes
CNPS	Caisse Nationale de Protection Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
CTD	Collectivités Territoriale Décentralisées
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
EDS/DHS	Enquête Démographique et de Santé
FMI	Fond Monétaire International
GAVI	Global Alliance
IDH	Indice de Développement Humain
IDHI	Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MICS	Multiple Indicator Clusters Survey
MIJ	Mortalité Infanto-Juvenile
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINEPAT	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINFI	Ministère des Finances
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PBF	Performance Based Financing
PIB	Produit Intérieur Brut
PPTTE	Pays Pauvres très endettés
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
SWAp	Sector Wide Approach
TMI	Taux de Mortalité Infantile
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine

Résumé exécutif

L'analyse situationnelle du financement de la santé est le premier document relatif à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé vers la Couverture Santé Universelle 2017-2027. Ce document, élaboré dans la continuité de l'étude OASIS, a pour but de faire l'état des lieux du financement de la santé au Cameroun afin d'informer la formulation des choix stratégiques pour l'amélioration de la performance du système de financement de la santé. L'élaboration de ce document, piloté par le Groupe Technique National, a été largement participative et consultative.

CONTEXTE

Le Cameroun est un pays caractérisé par une population extrêmement jeune et à forte croissance démographique, entraînant une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tel que la santé. Le taux de croissance est assez élevé (6%), cependant la croissance économique n'est pas inclusive et n'a pas d'impact significatif sur le taux de pauvreté (37,5% vivaient en dessous du seuil de pauvreté en 2014) ou le développement humain.^{1,2}

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 définit la vision du secteur santé comme suit : « 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 ». Cette vision fait du développement de la Couverture Santé Universelle une priorité, et par conséquent une amélioration du système de financement une nécessité.

Le contexte du financement de la santé au Cameroun est marqué par un certain nombre de réformes, notamment le récent passage au budget programme, la réflexion autour de la réforme hospitalière et le passage à l'échelle du financement basé sur la performance (PBF) dans les formations sanitaires.

FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE AU CAMEROUN

Dans le cadre de l'élaboration de la SSS 2016-2027, les besoins de financement du secteur ont été estimés à 5 824 milliards FCFA sur la période de 12 ans, soit une moyenne annuelle de 485 milliards FCFA.³

Selon les derniers Comptes Nationaux de la Santé, le volume global du financement de la santé en 2012 était estimé à 728,1 milliards de FCFA et représentait 5,4% du PIB courant. Cela correspond à une dépense par habitant (par capita) de 32 703 FCFA soit 64 USD, valeur médiane dans la région d'Afrique Sub-Saharienne.⁴ En 2012, 70,27% des dépenses courantes de santé ont été financées par les mécanismes de paiement direct des ménages, ce qui représentait la troisième plus forte contribution des ménages en Afrique Sub-Saharienne où la moyenne s'élève à 34%.⁵

¹ Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État pour l'exercice 2015

² INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014

³ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

⁴ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

⁵ WHO, Global Expenditure Database, 2012

Au regard du poids des ménages dans le financement de la santé, il importe de voir de près les principaux services et soins de santé achetés par ces derniers. On relève que plus d'un tiers des dépenses sont effectuées dans les pharmacies. On observe également la très faible part (1,27%) qu'occupe la prévention dans les dépenses de santé.⁶

Plusieurs indicateurs permettent de mesurer ou évaluer la situation du financement de la santé d'un pays. Cinq agrégats ont été retenus pour comparer la situation du financement de la santé au Cameroun à celle d'autres pays africains de profil économique proche (Ghana, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal et Zambie), sur la période allant de 2010 à 2014.

La gestion des financements publics alloués à la santé suit une logique bien établie qui s'appuie sur l'architecture des finances publiques du pays. Néanmoins, la gestion des finances publiques de la santé connaît un certain nombre de blocages qui impactent l'efficacité de ces ressources publiques, notamment dans la préparation du budget de l'Etat, l'exécution des dépenses internes, externes et des recettes affectées.

ANALYSE DE L'IMPACT/PERFORMANCE DU FINANCEMENT DE LA SANTE

L'état de santé, l'accès et l'utilisation des soins et services de santé sont inéquitables et défavorisent les couches de la population déjà vulnérables. Les dépenses catastrophiques en santé sont assez élevées, et touchent disproportionnellement les populations les plus pauvres, participant à l'iniquité du système de santé. Ces dépenses participent à l'appauvrissement de la population en général et constituent donc un frein au développement socio-économique du pays.

L'analyse approfondie de l'efficacité a permis d'identifier un certain nombre de problèmes concernant l'allocation du budget, notamment autour de la faible disponibilité d'informations essentielles à la définition du budget, la mise en œuvre encore partielle du budget programme, le sous financement des prestataires de soins de premier niveau et les disparités régionales. L'analyse de l'efficacité technique a souligné des problèmes liés à la qualité des soins, aux médicaments, aux personnels de santé et à la fuite des ressources.

Il n'existe pas à ce jour de mécanisme de pérennisation des financements pour la santé. Les revenus venant des ménages ne sont pas prévisibles dans le temps, les financements extérieurs sont sensibles à la conjoncture et les financements de l'Etat ne connaissent pas d'évolution constante au fil des années.

PROTECTION SOCIALE EN SANTE AU CAMEROUN

Le Cameroun ne dispose pas d'un système de protection sociale en santé intégré pour l'ensemble de la population. Plusieurs dispositifs de protection sociale en santé existent pour différentes composantes de la population : un dispositif pour les fonctionnaires, agents publics et assimilés, un dispositif pour les travailleurs du secteur formel privé et parapublic régi par le Code du travail, un dispositif pour les travailleurs de l'économie informelle et rurale, un dispositif pour les indigents et autres nécessiteux et deux dispositifs pour les femmes enceintes : les kits obstétricaux et le chèque santé. Cependant, le niveau de couverture de la population en assurance maladie reste très faible.

⁶ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

En parallèle, il existe 30 mécanismes de gratuité et subvention, axés sur les pathologies prioritaires et les populations vulnérables (mères, enfants, personnes vivant avec le VIH, etc). Ces mécanismes sont souvent financés sur ressources externes et représentent un coût total annuel estimé à 110 milliards FCFA pour le système de santé.

ECONOMIE POLITIQUE DES REFORMES DE FINANCEMENT ET ENJEUX FUTURS

Les insuffisances de la gouvernance du secteur de la santé se manifestent à différents niveaux et impactent négativement l'accessibilité et la qualité des soins curatifs dispensés ainsi que des services préventifs et des activités de promotion de la santé. La gestion des formations sanitaires est vulnérable aux abus et à la corruption : la planification, les ressources financières et humaines, l'acquisition et la gestion des médicaments et du matériel, la construction des infrastructures sont concernées.

La coordination multisectorielle du secteur est loin d'être satisfaisante. La fragmentation est de règle, en témoignent la multiplicité des organes de coordination avec une certaine politisation au détriment de la rigueur technique requise. Il y a également une faible opérationnalisation de la décentralisation.

Une large majorité de camerounais a perdu confiance dans le secteur de la santé comme secteur exhibant les valeurs d'équité, d'humanisme et de justice sociale en raison de la prédominance de la loi et des règles du marché privé.

EXPERIENCES INTERNATIONALES

De nombreux pays ont entrepris d'importantes réformes du financement de leurs systèmes de santé. Certains facteurs clés ont favorisé le succès de ces réformes dans ces pays : une forte volonté politique, une mobilisation des ressources adéquate, un processus de mise en œuvre par phases, le renforcement de la coordination dans le secteur, l'engagement de réformes liées à la fois à l'offre mais aussi à la demande de santé, un appui sur des bases factuelles et des dispositifs institutionnels adéquats et efficaces.

L'analyse des expériences de certains pays à économie de taille semblable (Rwanda, Gabon, Mali, Bénin, Sénégal, Burkina Faso, Tanzanie, Afrique du Sud, Comores), a permis de recenser les bonnes pratiques, dégager les points forts et les points faibles, et enfin à identifier les leçons à tirer de ces expériences variées de réformes du financement de la santé vers la CSU.

RECOMENDATIONS POUR UN FINANCEMENT EQUITABLE, EFFICIENT ET PERENNE

Un ensemble de recommandations a été formulé autour des thèmes de l'équité, l'efficacité, la pérennité et la gouvernance afin de guider la formulation des choix stratégiques pour l'amélioration de la performance du système de financement de la santé.

Introduction

1. Présentation de la problématique et justification

Le Cameroun se définit comme « un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035 ». ⁷ Cependant selon les derniers Comptes Nationaux de la Santé (CNS), encore 70,4% de la dépense total en santé venait directement des ménages. ⁸ Ceci représentait la troisième contribution la plus élevée de la région d'Afrique Sub-Saharienne qui présente une moyenne de 34%. ⁹

Il a été montré que les dépenses directes en santé représentent une forte barrière à l'accès au soin, notamment plus les couches les plus défavorisées de la population. En effet, 43,6% des Camerounais du quintile le plus pauvre ont recours aux soins dans une formation sanitaire en cas de maladie, contre 63% dans le quintile le plus riche. ¹⁰ Ceci a un également un coût élevé pour le système de santé car les populations les plus pauvres ne peuvent pas participer aux activités de prévention et consultent uniquement à un stade avancé de la maladie, ce qui a un coût supérieur sur le système de santé dans son ensemble.

De plus, les dépenses de santé touchent disproportionnellement plus les couches les plus pauvres, pour qui même les services de base représentent une part importante de leur revenu. Ceci contribue à maintenir ces populations dans la pauvreté et poussent même les populations plus aisées sous le seuil de pauvreté lorsqu'elles doivent faire face à d'importants frais de santé (dépenses catastrophiques).

Cette forte dépendance du système de santé aux paiements directs des ménages est due à :

- L'absence de mécanisme de prépaiement : en effet seulement 6.46% de la population est couverte par un mécanisme de protection financière en santé (mutuelles, assurances privées, CNPS, etc). ¹¹
- L'absence d'une stratégie de financement de la santé visant à améliorer la performance des dépenses en santé : en effet, en 2012 le Cameroun dépensait 64USD par habitant en santé, ce qui est relativement élevé et proche de la norme de 86USD nécessaire à un accès universel aux soins de base. ^{12,13} Néanmoins, les indicateurs de santé n'ont pas fait de progrès notables et le pays est bien en dessous de la moyenne régionale pour certains de ces indicateurs.

L'élaboration de la stratégie de financement de la santé est donc un point essentiel s'inscrivant dans le processus de développement de la CSU d'ici 2035 au Cameroun. Cette analyse situationnelle est le premier document relatif à l'élaboration du document stratégique national.

⁷ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

⁸ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

⁹ OMS, Global Expenditure Database

¹⁰ INS, EDS-MICS 2011

¹¹ MINSANTE, DPS, Etude OASIS, 2016

¹² INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

¹³ Mc Intyre and Meheus, 2014

2. Objectifs et méthodologie de l'étude

2.1. Objectifs

L'objectif global de cette analyse est de faire l'état des lieux du financement de la santé au Cameroun afin d'informer la formulation des choix stratégiques pour l'amélioration de la performance du système de financement de la santé au Cameroun. Plus spécifiquement il s'agira d'étudier les aspects d'équité, d'efficacité, de pérennité, de gestion financière, de protection sociale et d'économie politique afin d'établir un diagnostic et des recommandations en vue de l'élaboration de la Stratégie Nationale de Financement de la Santé 2017-2027.

2.2. Méthodologie de l'analyse situationnelle

Le 09 mars 2016, le Groupe Technique National en charge de l'élaboration de la Stratégie de Financement de la Santé 2017-2027 a été mis sur pied par la Décision N°D51-88/NS/MINSANTE/SG/DRFP du Ministre de la Santé publique. Ce groupe est présidé par le Directeur des Ressources Financière et du Patrimoine et co-présidé par le chef de la Division de la Coopération. Il est composé de membres des différents départements ministériels du secteur santé, ainsi que des représentants de la société civile, du secteur privé, des syndicats et des partenaires techniques et financiers (PTF).

L'élaboration de ce document d'analyse situationnelle a été largement participative et consultative. De plus, un effort spécial a été déployé tout au long du processus pour assurer la coordination et la cohérence avec les travaux du Groupe Technique National en charge de la mise en place de la CSU. Diverses modalités de travail ont été utilisées lors de l'élaboration de ce document: revues documentaires, travail en sous-groupe, consultations nationales et internationales, ateliers de concertation, etc.

3. Cadre conceptuel

Le financement de la santé est défini comme un des piliers du système de santé, au même titre que le médicament, les ressources humaines, la recherche en santé et l'information sanitaire.¹⁴ L'OMS définit le financement de la santé comme « la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé ».¹⁵

Le cadre conceptuel utilisé ici est adapté de celui de l'OMS (figure 1). Le financement de la santé est défini autour de trois fonctions principales qui sont : la mobilisation des ressources, leur mise en commun, et le paiement des prestataires. Un système de financement de la santé performant permet l'atteinte d'objectifs intermédiaires : équité, efficacité, transparence et gouvernance. Tout ceci participe à l'atteinte des objectifs de Couverture Santé Universelle (CSU), ce qui fait du financement de la santé et de la CSU deux notions étroitement liées.

¹⁴ MINSANTE, SSS 2016-2027

¹⁵ OMS, http://www.who.int/topics/health_economics/fr/

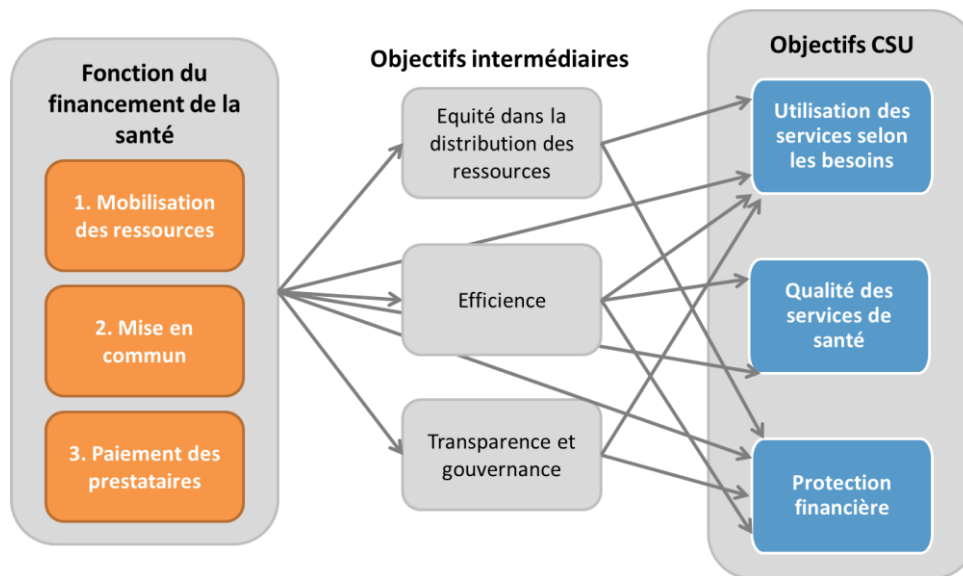


Figure 1: Liens entre fonctions de financement de la santé et objectifs CSU.

Source : Adapté de l'OMS

Chapitre I. Contexte

1. Présentation du pays

1.1. Situation démographique

En 2010, la population du Cameroun est estimée à 22 179 707 habitants, avec un taux d'accroissement de la population de 2,6%. Cette population est inégalement répartie sur le territoire national : les régions les plus peuplées sont le Centre (18,7%), l'Extrême-Nord (18%), le Littoral (15,1%) et le Nord (11,0%). La majorité de la population (52%) réside en milieu urbain et les villes de Douala et de Yaoundé abritent à elles seules près de 20% de la population nationale.¹⁶ Cela a pour conséquence une pression sur les centres de santé urbains qui font donc face à une plus grande demande.

La population Camerounaise est caractérisée par son extrême jeunesse avec un âge médian de 17,7 ans. L'âge moyen quant à lui est de 22,1 ans. La population de moins de 5 ans représente 17% de la population totale, celle des 15 ans représente 43,6% et celle des moins de 25 ans représente 64,2%. Seulement 5,5% de la population sont des personnes âgées de 60 ans ou plus. En 2010, les femmes représentaient environ 51 % de la population totale et celle en âge de procréer (15-49 ans) constituaient 24,3 % de la population totale.¹⁷ Le Cameroun n'a pas encore entamé la phase de transition démographique, la fécondité y est encore élevée avec un taux de fécondité de 5,1 enfants par femme.¹⁸ Une telle croissance démographique entraîne une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux de base tels que l'éducation et la santé.¹⁹

1.2. Contexte économique

Le développement économique du Cameroun, comme celui de la plupart des pays en voie de développement, repose principalement sur le secteur primaire, c'est-à-dire les produits agricoles vivriers, les ressources pétrolières et forestières. En 2013, le Produit Intérieur Brut (PIB) du Cameroun était estimé à 14 635 milliards de F CFA avec un taux de croissance annuel de 5,5% et un taux d'inflation de 1,9%.²⁰ Pour 2014, le taux de croissance est estimé à 6% et est essentiellement tiré par le secteur pétrolier. Des projections récentes font état d'un taux de croissance annuel moyen de 6,3% entre 2015 et 2017.²¹ Ces bonnes perspectives de croissance sont liées aux éléments suivants : l'entrée en vigueur de la loi du 18 Avril 2013 fixant les incitations à l'investissement privé au Cameroun ; les Coupes d'Afrique des Nations 2016 et 2019 ; la mise en place des grands projets prioritaires etc.²² Si cette augmentation du taux de croissance est maintenue, le pays parviendra à réaliser l'objectif de croissance fixé dans le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) de 6% à l'horizon 2018.²³

¹⁶ INS, Rapport du 3^{ème} Recensement général de la population et de l'habitat, 2011

¹⁷ INS, Rapport du 3^{ème} Recensement général de la population et de l'habitat, 2011

¹⁸ INS, EDS-MICS 2011

¹⁹ MINEPAT/UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun, 2012

²⁰ World Bank, 2014. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon/overview>

²¹ Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État pour l'exercice 2015

²² Foute. 2014. Budget 2015, les priorités du Gouvernement. *Cameroun Tribune*. Edition du 26 Novembre 2014.

²³ MINEPAT, Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), 2010

Une telle évolution pourrait mener à une augmentation généralisée du niveau de bien-être des populations, cependant la répartition de cette richesse n'est pas équitable et ne profite pas toujours aux couches sociales défavorisées. La croissance économique observée depuis 2001 n'est donc pas inclusive et n'a pas eu d'impact significatif sur le développement humain. En effet, en 2014, 37,5% de la population vivaient toujours en dessous du seuil de pauvreté monétaire, principalement en zone rurale (environ 90%) et dans les régions septentrionales (plus de 52%).²⁴

1.3. Contexte social

1.3.1. Indicateur de Développement Humain

Avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0,512, le Cameroun occupait le 153^{ème} rang sur les 188 pays évalués en 2014 et reste classé comme un pays à faible développement humain. L'Indice de Développement Humain ajusté aux Inégalités (IDHI) était de 0,344 en 2014. La différence significative entre IDH et IDHI démontre l'ampleur des inégalités de niveau de vie notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et des revenus.²⁵

1.3.2. Pauvreté

Malgré une diminution du taux de pauvreté entre 2001 et 2014 (passant de 40,2% à 37,5%), on comptait toujours 8,1 million de Camerounais vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2014 (défini à 931 FCFA par adulte et par jour).²⁶ On constate également une augmentation de la profondeur de la pauvreté, c'est-à-dire un écart grandissant entre les dépenses des ménages pauvres et le seuil de pauvreté, ce qui signifie que le niveau de vie des populations pauvres s'est détérioré pendant cette même période.

On note une forte disparité géographique, avec des évolutions opposées entre milieu urbain et milieu rural. En effet, le phénomène de pauvreté a diminué de près de moitié en milieu urbain entre 2001 et 2014 alors qu'en milieu rural la tendance est à la hausse. Au niveau du système de santé, ceci se traduit par une forte demande de prise en charge des indigents en milieu rural.

1.3.3. Education

Le nombre théorique d'enfants à scolariser est passé de 2,5 millions en 2002 à 3,4 millions en 2015, soit une augmentation de 34,5%.²⁷ En ce qui concerne l'éducation primaire, le taux net de fréquentation ajusté est de 87,3% à l'échelle nationale.²⁸ L'accès au cycle primaire est donc assuré pour plus de 80% des enfants dans 8 des 10 régions avec pour exception les régions du Nord (78,4%) et de l'Extrême Nord (69,6%). En ce qui concerne l'éducation secondaire, le taux net de fréquentation ajusté est de 55,5% à l'échelle nationale. De grandes disparités existent entre les régions, le taux allant de 31,8% à l'Extrême Nord à 80,1% au Sud-Ouest.²⁹

²⁴ INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014

²⁵ UNDP, Cameroon Human Development Report 2014, 2015

²⁶ INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014

²⁷ UNESCO, Examen National de l'éducation pour tous 2015

²⁸ INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014

²⁹ INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014

Le taux d’alphabétisation des adultes (15 ans et plus) était de 70,7 %, avec seulement 63,0 % pour les femmes contre 78,9 % pour les hommes.³⁰ Or l’analphabétisme représente un défi dans le secteur de la santé, étant une barrière importante à l’accès aux soins de santé mais aussi par exemple un frein à l’observance des traitements.

1.3.4. Emploi

En 2010, 69,7% de la population était considérée comme active, cependant une grande partie était en situation de sous-emploi global, c’est-à-dire travaillant involontairement moins de la durée hebdomadaire minimale (35 heures) ou pour un salaire inférieur au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) horaire. On note également une disproportion entre l’offre réduite d’emplois salariés et une demande de plus en plus grande, ce qui explique l’essor du secteur informel qui représentait 90,5% de la population des travailleurs en 2010.³¹

1.3.5. Genre

Sur le plan économique, on relève une forte concentration des femmes dans le secteur informel, notamment dans le petit commerce et la production vivrière. Malgré leur rôle majeur dans le développement socio-économique, elles restent confrontées à un certain nombre de problèmes dont:

- l’analphabétisme : seulement 69,2% des femmes en âge de procréer sont alphabétisées ;
- le faible accès à des filières de formation: sous représentativité des filles dans les filières d’enseignement scientifiques et techniques;
- la faible représentativité des femmes dans les postes d’encadrement et de direction.³²

Malgré les efforts déjà consentis par le gouvernement, de nombreuses barrières sociales et culturelles, des obstacles psychosociologiques ainsi que des vides juridiques (accès difficile à la propriété foncière et au crédit par exemple) entravent encore le plein épanouissement de la femme.

1.4. Situation sanitaire et profil épidémiologique

Le profil épidémiologique du pays est marqué par une prédominance des maladies transmissibles, notamment le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, qui représentent 23,7% du poids global de la morbidité dans le pays (tableau 1).³³ On note aussi une augmentation de la mortalité due aux maladies non-transmissibles notamment les affections cardiovasculaires, les cancers, les maladies mentales et les traumatismes dus aux accidents de la voie publique, les accidents de travail et les maladies professionnelles.³⁴

Entre 2004 et 2014, la mortalité néonatale a légèrement régressé, passant de 29‰ à 28‰.³⁵ Au cours de la même période, la Mortalité Infanto-Juvenile (MIJ) a baissé de 144‰ à 103‰, tandis que

³⁰ World Bank, World Development Indicators, 2012

³¹ INS, PETS II, 2010

³² INS, EDS-MICS, 2011

³³ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027





³⁴ BIT, renforcer les rôles des programmes « accidents du travail et maladies professionnelles » pour contribuer à prévenir les accidents et les maladies sur les lieux de travail. 2013

³⁵ INS, MICS 2014

le Taux de Mortalité Infantile (TMI) quant à lui a diminué de 74‰ à 60‰.³⁶ Chez les enfants de moins de 5 ans, les infections respiratoires basses, le paludisme, les maladies diarrhéiques et les carences nutritionnelles constituent les principales causes de morbi-mortalité. La mortalité maternelle quant à elle reste élevée et est de 782 décès pour 100 000 naissances vivantes.³⁷

Tableau 1: Contributions des maladies à la mortalité et à la morbidité au Cameroun en 2013.

N°	Maladies ou groupes de maladies	Contribution au poids de la maladie (DALY)	Contribution aux décès (%)
1	VIH/SIDA	11,48%	14,24%
2	Maladies néonatales	11,27%	8,47%
3	Paludisme	10,77%	8,78%
4	Infections Respiratoires Basses	10,12%	10,52%
5	Maladies diarrhéiques	5,57%	5,01%
6	Carences nutritionnelles	5,03%	3,74%
7	Maladies cardiovasculaires	4,67%	11,56%
8	Accidents de la voie publique	3,95%	4,38%
9	Maladies mentales et abus de substances	3,53%	0,86%
10	Accidents non intentionnels	2,88%	2,87%
11	Cancers	2,02%	4,45%
12	Complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la période infanto-juvénile	1,95%	2,17%
13	Maladies musculo-squelettiques	1,82%	0,14%
14	Maladies Tropicales Négligées	1,82%	0,22%
15	Tuberculose	1,41%	2,08%
16	Maladies respiratoires chroniques	1,38%	1,47%
17	IST	1,31%	1,01%
18	Cirrhoses	1,30%	2,42%
19	Maladies neurologiques	1,15%	0,87%
20	Maladies rénales	0,76%	0,83%
21	Autres causes	15,81%	13,91%
Total		100,00%	100,00%

	très élevé
	élevé
	modéré
	faible

Source : Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027

2. Orientations nationales et engagement internationaux

2.1. Cadrage institutionnel

La Vision 2035 définit quatre objectifs généraux parmi lesquels celui de « réduire la pauvreté à un niveau socialement acceptable ». Ceci permettra de développer le capital humain en dotant la

³⁶ INS/ICF. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, 2012

³⁷ INS/ICF. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, 2012

population camerounaise d'un bon état de santé, d'éducation, de connaissances et d'aptitude professionnelle. Par ailleurs, dans sa deuxième phase (2020-2027), la Vision prévoit sur le 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.

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) 2010-2019 est le document de mise en œuvre de la première phase de cette vision. L'amélioration de l'état de santé des populations a été défini comme un objectif à la fois de développement social et de croissance économique³⁸. Le DSCE a aussi réaffirmé la volonté du gouvernement de poursuivre la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD).

La Stratégie Sectorielle de Santé (SSS) 2016-2027 définit la vision du secteur santé comme suit : « 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 ». Cette vision est soutenue par des valeurs d'équité, de solidarité nationale, de responsabilité partagée et de justice sociale.

2.2. Initiatives mondiales de financement de la santé

Le Cameroun a adhéré dès 2000 à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTe), un programme et une action conjointe du Fonds Monétaire International (FMI) et de la Banque mondiale pour la réduction de la dette dans les pays les plus pauvres. Dans le domaine de la santé, le Cameroun a rejoint en 2010 le pacte IHP+ pour le renforcement de l'aide partenariale en santé et des systèmes de santé nationaux des populations des pays en voie de développement. IHP+ engage ses signataires à l'atteinte des Objectifs de Développement Durables (ODD), notamment par le développement de la Couverture Santé Universelle (CSU).

Le Cameroun est signataire de la déclaration d'Abuja, qui engage les Etats à donner une priorité forte au secteur de la santé, en lui accordant un minimum de 15% du budget national, et de la déclaration de Ouagadougou donnant des orientations claires pour le renforcement de l'offre de soins de santé primaires et des systèmes de santé.

3. Principales réformes en cours

3.1. Passage au budget programme

Avec la loi N2007/06 du 26/12/2007 portant sur le régime financier de l'Etat, le processus budgétaire a connu des aménagements profonds liés à la mise en vigueur du budget programme. Avec cette nouvelle approche, le pays est passé d'une logique d'allocation budgétaire calculée en fonction des moyens à une logique de résultats préfixés dans le cadre de programmes mis en œuvre par les administrations de l'Etat. Depuis 2013, les crédits des administrations sont votés dans une perspective pluriannuelle par programme, auxquels sont assignés des objectifs précis assortis d'indicateurs de résultats mesurables. La recherche de la performance a ainsi été inscrite au cœur de l'action publique.

³⁸ MINEPAT, Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), 2010

3.2. Réforme hospitalière

L'hôpital occupe une place importante dans le système de santé mais il apparaît clairement que le système hospitalier ne parvient plus à offrir des prestations qui correspondent aux attentes des populations. Par conséquent le MINSANTE s'est engagé dans une réforme hospitalière autour des thématiques suivantes : prise en charge des urgences, qualité de l'accueil dans les FOSA, disponibilité des médicaments de qualité et accessibilité financière aux soins de qualité. Ce dernier point se fera notamment par une harmonisation de la tarification des soins et services de santé par catégories de formations sanitaires.

3.3. Financement basé sur la performance

Le Financement Basé sur la Performance (PBF) est une approche du système de santé axée sur les résultats, ainsi que sur la quantité et la qualité des services et produits accessibles aux groupes cibles prioritaires, femmes enceintes et enfants. Les Agences d'Achat des Performances (AAP) assurent la fonction d'achat de service, en contractualisant avec les formations sanitaires publiques comme privées. Un certain nombre d'indicateurs et objectifs de performance sont définis et sont par la suite rémunérés sous forme de subsides par les AAP.

Le PBF est actuellement mis en œuvre dans quelques régions du pays pour un taux de couverture de 13.8%.³⁹ Le passage à l'échelle nationale est envisagé d'ici à 2018 où tous les districts auront mis en place ce mode de financement.

CHAPITRE I: Points clefs

- Le Cameroun connaît une croissance économique élevée (6%) mais non inclusive
- Le taux de pauvreté est élevé (37,5% en 2014)
- Plus de 90% des travailleurs évoluent dans le secteur informel
- La Couverture Santé Universelle a été défini comme une priorité à l'horizon 2035
- Le Financement Basé sur la Performance est en train d'être déployé au niveau national

³⁹ MINSANTE, Stratégie Sectorielle de la Santé 2016-2027

Chapitre II. Financement du système de santé au Cameroun

1. Historique du financement de la santé au Cameroun

1.1. L'expérience de l'état providence après l'indépendance

Pendant la période post coloniale (années 60-70), le Cameroun a adopté un système de prise en charge des hauts fonctionnaires du secteur formel, excluant les populations rurales et du secteur informel. C'était un système exclusif et non équitable. La crise économique qui est survenue dans les années 1970-1980 a mis à mal l'Etat providence avec comme conséquence l'effondrement et la détérioration des services sociaux, notamment la santé et l'éducation.

1.2. Le financement de la santé après la Conférence d'Alma Ata (1978-)

Suite à la conférence d'Alma Ata, le Cameroun a ratifié la charte pour la Promotion de la Santé en Afrique définie comme une stratégie clef pour l'amélioration de l'accès aux soins pour tous. Ainsi la gratuité des soins de santé primaire a été instaurée pour toutes les populations sur la base d'un financement par l'impôt, jusqu'à ce que cette politique de gratuité soit remise en cause au début des années 90.

1.3. Le financement de la santé pendant les années 90 : l'Initiative de Bamako

Le Cameroun a adopté l'initiative de Bamako en 1993, mettant ainsi sur pied un système de recouvrement des coûts (tarification des soins et tickets modérateurs) et instaurant des paiements directs des usagers des services de santé (frais de consultation, médicaments, examens, etc.). La marge bénéficiaire perçue par les structures sanitaires devait permettre de racheter le stock initial de médicaments et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services (primes au personnel, réfections des bâtiments...).

Les principaux objectifs de cette politique étaient de :

- Renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- Promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- Renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ;
- Assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Cette période a été marquée par la croissance du secteur privé et de la société civile et de leur pleine participation dans le financement du système de santé.

1.4. Le financement de la santé après les années 90

Le financement de la santé pendant cette période est marqué par le développement des mutuelles et des assurances sociales pour certaines couches de la population. En effet, un ensemble de dispositifs publics (sécurité sociale, politiques de gratuité et subventions) et privés (assurances-maladies privées, communautaires et soins offerts par l'employeur) assurent en partie le financement des soins des populations. La création d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie

(CNAM) a été proposée en 2009 mais le texte n'a pas donné suite malgré son introduction dans le circuit d'adoption.

Au niveau partenarial, en 2005 le gouvernement annonça la création d'un SWAp (Sector-Wide Approach) avec ses principaux partenaires, qui s'est ensuite transformé en programme conjoint AFD/KfW.

2. Estimation des besoins en financement du secteur santé

Dans le cadre de l'élaboration de la SSS 2016-2027, les besoins de financement du secteur ont été estimés en utilisant une budgétisation basée sur les cibles. Il a été estimé que pour atteindre les objectifs définis, un volume de financement total de 5 824 milliards FCFA était nécessaire sur la période de 12 ans, soit une moyenne annuelle de 485 milliards FCFA.⁴⁰ Ces besoins de financement ont été définis par composante du système de santé (figure 2).

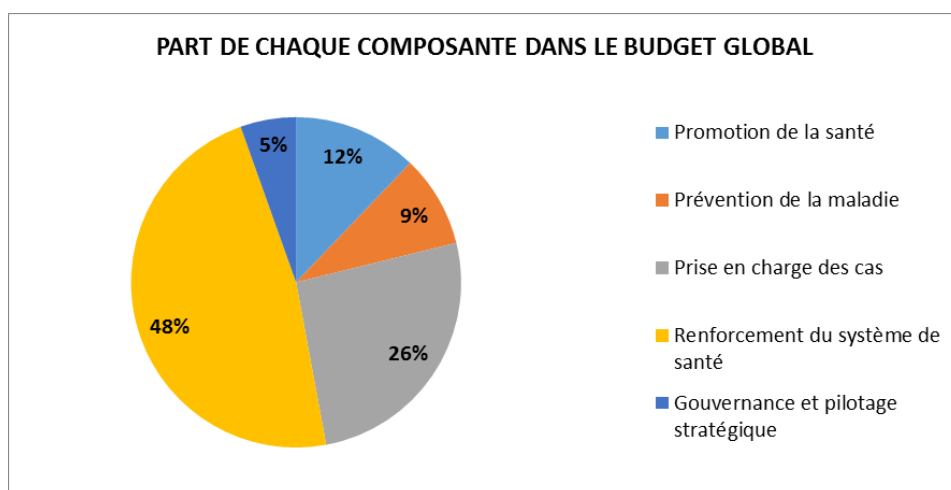


Figure 2: Répartition des besoins en financement 2016-2027

Source : Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

3. Analyse des dépenses par source, par régime et par prestataire

3.1. Volume global de financement de la santé

Selon les derniers Comptes Nationaux de la Santé, le volume total des dépenses de la santé en 2012 était estimé à 728,1 milliards de FCFA et représentait 5,4% du PIB courant. Cela correspond à une dépense par habitant de 32 703 FCFA soit 64 USD, une valeur proche de la médiane des pays d'Afrique Sub-Saharienne. Cette dépense totale de santé se répartit comme suit : 674,9 milliards de FCFA de dépenses courantes de santé et 53,2 milliards de FCFA de dépenses en capital.⁴¹

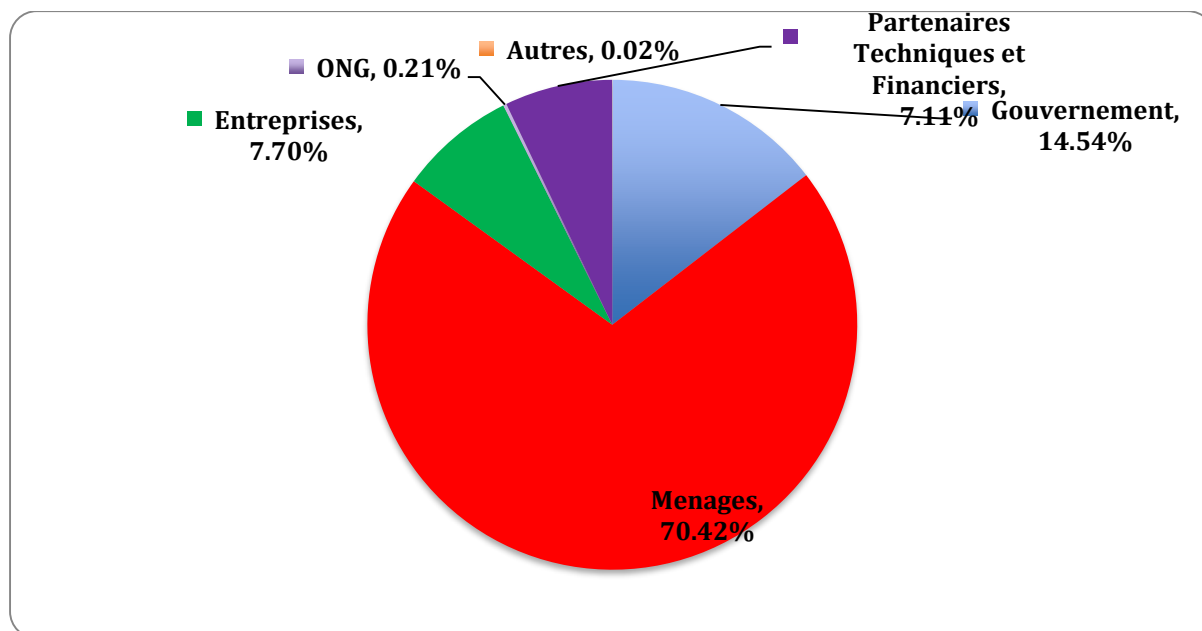
3.2. Dépenses courantes de santé par sources de financement

⁴⁰ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

⁴¹ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

Comme le montre la figure 3 ci-dessous, les ménages constituent la plus grande source de financement des dépenses courantes de santé en 2012 avec une part de 70,42%. Les ménages sont suivis par l'administration publique qui représente 14,54%, la contribution des entreprises représente 7,70% et celle des PTF 7,11%. La part des Organisations Non Gouvernementales (ONG) est en dessous de 1%.⁴²

Figure 3: Répartition des dépenses courantes de santé en 2012 par sources de financement en 2012.



Source : Comptes Nationaux de la Santé 2012

3.3. Dépenses courantes de santé par régimes de financement

En 2012, 70,27% des dépenses courantes de santé ont été financées par les mécanismes de paiement direct des ménages, ce qui représentait la troisième plus forte contribution des ménages en Afrique Sub-Saharienne où la moyenne s'élève à 34%. Le régime de l'administration publique, quant à lui, représentait 14,60%. Les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé qui représentent 8,07% sont dominés par le régime d'assurance maladie facultative (5,66%) et le régime de financement des entreprises (2,19%). Les régimes de financement du reste du monde à travers les régimes facultatifs non-résidents représentent 7,05% des dépenses courantes de santé (tableau 2).⁴³

Ces statistiques démontrent à suffisance la nécessité de sensibiliser non seulement les ménages sur les bienfaits et avantages de la mutualisation du risque maladie, les employeurs sur leur responsabilité sociale afin d'accroître leur contribution dans le financement de la santé mais également la nécessité de la mise en place de la couverture santé universelle. En effet, la mise en place de la CSU permettra de réduire significativement le lourd poids des paiements directs que supporte aujourd'hui les ménages.

⁴² INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

⁴³ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

Tableau 2: Répartition des dépenses courantes de santé par régimes de financement en 2012.

Régimes de financement	Montant en million de FCFA	Pourcentage
Païement direct des ménages	474 221	70,27%
Païement direct sans partage de coûts	474 221	70,27%
Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	98 547	14,60%
Régimes publics	98 547	14,60%
Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé	54 543	8,07%
Régimes d'assurance maladie facultative	38 230	5,66%
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	1 509	0,22%
Régimes de financement des entreprises	14 804	2,19%
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	47 566	7,05%
Régimes facultatifs (non-résidents)	47 566	7,05%
Autres régimes de financement	4	0,00%
Total	674 882	100,00%

Source : Adapté des Comptes nationaux de la santé 2012

3.4. Dépenses courantes de santé par prestataires de soins de santé

Le tableau 3 ci-dessous présente le poids des différents types de prestataires de santé dans la fourniture des services et soins de santé en 2012. Il en ressort que 41,13% des dépenses courantes de santé ont été effectuées auprès des détaillants et autres prestataires de biens médicaux ; 17,92% auprès des prestataires des services auxiliaires ; 14,50% auprès des hôpitaux des services généraux ; 12,16% auprès des prestataires de soins ambulatoires ; 5,96% auprès des autres prestataires de soins de santé ; et 5,25% auprès des prestataires du reste de l'économie. Cette dernière catégorie est dominée par les prestataires de la médecine traditionnelle (4,84%).⁴⁴

Au regard du poids des ménages dans le financement de la santé, il importe de voir de près les principaux services et soins de santé achetés par ces derniers. On relève que plus d'un tiers des dépenses sont effectuées dans les pharmacies. Ensuite, on note la part non négligeable (4,92%) des dépenses effectuées auprès des vendeurs de médicaments de la rue soit un chiffre d'affaire de 33 195 milliards FCFA. La médecine traditionnelle mérite également une attention particulière au regard de la part importante des dépenses de santé auprès de ses prestataires. Il est nécessaire d'encadrer au mieux cette composante du secteur de la santé.

⁴⁴ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

Tableau 3: Répartition des dépenses courantes de santé par prestataires de soins de santé en 2012.

Prestataires de soins de santé	Montant en million de FCFA	Pourcentage
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	277 558	41,13%
Pharmacies	236 474	35,04%
Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	6 455	0,96%
Autres détaillants de produits pharmaceutiques (vendeurs de médicament de la rue)	33 195	4,92%
Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	1 434	0,21%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	120 962	17,92%
Agences étatiques de l'administration de la santé	115 563	17,12%
Autres agences administratives	5 399	0,80%
Hôpitaux	97 784	14,50%
Hôpitaux généraux	90 171	13,40%
Hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux de santé mentale)	7 488	1,10%
Autres hôpitaux	125	0,00%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	82 070	12,20%
Cabinet dentaire	3 064	0,50%
Centres de soins ambulatoires	78 590	11,60%
Autres prestataires de soins de santé ambulatoire	416	0,10%
Prestataires de services auxiliaires	40 489	5,96%
Laboratoires Médicaux et de diagnostique	40 051	5,90%
Autres prestataires de services auxiliaires	438	0,06%
Reste de l'économie	35 455	5,25%
Ménages comme prestataires de soins de santé à domicile	131	0,02%
Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	2 659	0,39%
Prestataires de médecine traditionnelle	32 665	4,84%
Prestataires de soins préventifs	9 916	1,47%
Autres prestataires de soins de santé	10 649	1,58%
Total	674 882	100,00%

Source : Adapté des Comptes Nationaux de la santé 2012

3.5. Dépenses courantes de santé des ménages par fonctions de santé

Dans la lignée de l'analyse précédente, l'analyse des dépenses par fonction montre que les dépenses courantes en santé des ménages sont pour la plupart consacrées aux médicaments (tableau 4). On constate que si 46,97% des dépenses des ménages en santé ont été consacrées à l'achat des médicaments (délivrés avec ou sans ordonnance) dans un cadre légal, 7% l'ont été pour les médicaments achetés dans la rue. Les soins curatifs représentaient 28,4% des dépenses et les services auxiliaires 8,03%. On observe également la très faible part (1,27%) qu'occupe la prévention

dans les dépenses de santé des ménages, montrant la nécessité de réorienter les interventions de santé vers ces services et de renforcer la sensibilisation des populations.⁴⁵

Tableau 4: Répartition des dépenses courantes des ménages par fonctions de santé en 2012

Fonctions de soins de santé	Montant (en million de FCFA)	Pourcentage
Médicament	294 519	62,09%
Médicaments délivrés sur ordonnance	219 459	46,28%
Médicaments livrés sans ordonnance	3 270	0,69%
Autres biens médicaux non durables	5 657	1,19%
Médicaments achetés dans la rue	33 195	7,00%
Préservatifs et autres contraceptifs	1 426	0,30%
Médicaments traditionnels	28 280	5,96%
Lunettes et autres produits optiques	2 155	0,45%
Appareils auditifs	331	0,07%
Autres appareils orthopédiques et prothèses (sauf les lunettes et les appareils auditifs)	391	0,08%
Tous autres biens médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques	355	0,07%
Soins curatifs	134 665	28,4%
Soins curatifs	130 280	27,47%
Accouchement (accouchement traditionnel)	717	0,15%
Hospitalisation (médecine traditionnelle)	136	0,03%
Consultation (médecine traditionnelle)	3 032	0,64%
Autres Soins curatifs traditionnels	500	0,11%
Services médicaux	38 085	8,03%
Services de laboratoire d'analyses médicales	27 936	5,89%
Services d'imagerie	9 711	2,05%
Transport de patient	438	0,09%
Prévention	6 042	1,27%
Programmes d'information, d'éducation et de conseil	98	0,02%
Vaccins	2 382	0,50%
Programmes de détection précoce de maladie	1 041	0,22%
Programme de suivi de l'état de santé	2 521	0,53%
Autres services de soins de santé non classés ailleurs	910	0,19%
Total	474 221	100,00%

Source : Comptes nationaux de la santé 2012

4. Comparaison internationale des principaux agrégats

Plusieurs indicateurs permettent de mesurer ou évaluer la situation du financement de la santé d'un pays. Cinq agrégats ont été retenus pour comparer la situation du financement de la santé au Cameroun à celle d'autres pays africains de profil économique proche (Ghana, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal et Zambie), sur la période allant de 2010 à 2014. Il s'agit de :

- Dépense totale de santé par tête en USD (PPP) ;

⁴⁵ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

- Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses du Gouvernement ;
- Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB ;
- Ressources externes en pourcentage des dépenses totales de santé ;
- Paiements directs des dépenses en santé en pourcentage des dépenses totales en santé.

Tableau 5: Dépense totale de santé par tête en USD (PPP).

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne sur les 5 ans
Ghana	161,2	164,9	178,4	180,3	145,4	166,04
Côte d'Ivoire	168,9	163,5	172,2	176,1	187	173,54
Cameroun	133,3	103,6	117,8	121,7	121,9	119,66
Kenya	98,8	137,2	149,2	158	169	142,44
Sénégal	98,7	95,4	95	101,2	106,9	99,44
Zambie	141,5	144,1	175,1	186,9	194,7	168,46
Région Afrique	192,9	203,7	210,6	223,2	228,0	211,68

Source : Base des données de la Banque Mondiale⁴⁶; Global Health Observatory data repository⁴⁷

En moyenne sur la période, la dépense de santé par tête varie entre 99,4 USD au Sénégal et 173,5 USD en Côte d'Ivoire, et le Cameroun a la seconde plus faible dépense totale en santé par habitant du groupe avec 119,7 USD. Tous ces pays sont en deçà de la dépense moyenne de santé par tête d'habitant en région Afrique (211,68USD). Au cours de la période observée, la dépense par tête d'habitant a connu une évolution à la hausse dans la majorité des pays concernés. Cependant, la dépense totale de santé au Cameroun a diminué entre 2010 et 2014.

Tableau 6: Dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses du Gouvernement

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne sur les 5 ans
Ghana	14,9	14	9,3	10,6	6,8	11,1
Cote d'Ivoire	8,2	8,9	8,5	8,2	7,3	8,2
Cameroun	8,5	6,4	5,5	4,6	4,3	5,9
Kenya	5,9	11,1	13,4	13,1	12,8	11,3
Sénégal	8,8	7,8	7,5	7,9	8	8,0
Zambie	12,6	11,1	11,4	11	11,3	11,5
Région Afrique	10,3	10,6	10,6	10,3	10,0	10,4

Source : Base des données de la Banque Mondiale⁴⁸; Global Health Observatory data repository⁴⁹

S'agissant des dépenses publiques de santé exprimées en pourcentage des dépenses du Gouvernement, les performances des pays sur la période observée sont assez divergentes (tableau 6). Le Kenya est le pays où ce ratio a le plus progressé au cours des cinq dernières années passant de 5,9% à 12,8%. Si pour certains pays tels que la Zambie, le Sénégal et la Côte d'Ivoire, la tendance est à la constance ; pour d'autres tels que le Cameroun et le Ghana, on observe une tendance à la baisse. Au Cameroun, la part des dépenses publiques dans le secteur de la santé dans les dépenses

⁴⁶ World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>

⁴⁷ WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>

⁴⁸ World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>

⁴⁹ WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>

publiques totales est passé de 8.5% à 5.9% (comparé à 10.4% en moyenne dans la région d'Afrique Sub-Saharienne). Sur la période 2010 à 2014, seuls le Ghana, la Zambie, et le Kenya sont au-dessus du pourcentage moyen des dépenses publiques en santé dans la région Afrique.

Tableau 7: Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne sur les 5 ans
Ghana	5,3	4,8	4,8	4,6	3,6	4,6
Cote d'Ivoire	6,3	6,4	6,1	5,8	5,7	6,1
Cameroun	5,3	4	4,3	4,3	4,1	4,4
Kenya	4	5,2	5,5	5,6	5,7	5,2
Sénégal	4,6	4,4	4,3	4,5	4,7	4,5
Zambie	4,4	4,3	4,9	5	5	4,7
Région Afrique	5,6	5,6	5,6	5,7	5,5	5,6

Source : Base des données de la Banque Mondiale⁵⁰; Global Health Observatory data repository⁵¹

Pour ce qui est du poids des dépenses totales de santé dans le PIB, il est quasiment le même dans les pays sélectionnés et tourne en moyenne autour de 4,9% sur la période observée à l'exception de la Cote d'Ivoire où il est de 6,1% (tableau 7). Ce pays est le seul à se positionner au-dessus de la performance moyenne en région Afrique (5,6%). L'évolution au cours des cinq dernières années est contrastée, elle est à la hausse en Zambie, au Sénégal et au Kenya ; et à la baisse au Ghana, en Côte d'Ivoire et au Cameroun.

Tableau 8: Ressources externes en pourcentage des dépenses totales de santé

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne sur les 5 ans
Ghana	17,7	15,1	12,1	8,6	15,4	13,8
Cote d'Ivoire	10,2	11,1	10	8,8	9,4	9,9
Cameroun	6,8		10,6	7,6	11,1	9,0
Kenya	35,3	27,7	30,2	28,4	27,5	29,8
Sénégal	22,3	18,9	22,5	26,8	20,6	22,2
Zambie	49,6	32,9	36,3	34,5	38,4	38,3
Région Afrique	11,1	10,0	9,7	9,1	9,6	9,9

Source : Base des données de la Banque Mondiale⁵²; Global Health Observatory data repository⁵³

En ce qui concerne les ressources externes affectées à la santé, le poids de ces ressources dans le financement de la santé est assez varié (tableau 8). Par exemple, la Côte d'Ivoire et le Cameroun enregistrent sur la période observée un appui externe inférieur à 10% de leurs dépenses totales de santé. En Zambie, l'appui des PTF est plus considérable et représente près de 38,3% des dépenses totales. Elle est suivie dans ce sens par le Kenya (29,8%), le Sénégal (22,2%) et le Ghana (13,8%). Seuls le Cameroun et la Côte d'Ivoire enregistrent des performances proches de la moyenne en

⁵⁰ World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>

⁵¹ WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>

⁵² World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>

⁵³ WHO, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>

Afrique (9,9%). Cependant, on note que la tendance en Côte d'Ivoire est à la baisse, alors qu'elle augmente au Cameroun, montrant une dépendance grandissante aux ressources externes.

Tableau 9: Paiements directs des dépenses en santé en pourcentage des dépenses totales en santé

Pays	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne sur les 5 ans
Ghana	18,4	16,1	26,6	19,9	26,8	21,6
Cote d'Ivoire	56,5	57,5	52,3	49,6	50,8	53,3
Cameroun	67,7	48,7	64,8	65,7	66,3	62,6
Kenya	50,2	38,9	26,6	26,9	26,1	33,7
Sénégal	37,7	37,5	38,3	39	37,3	38,0
Zambie	32,3	33,1	32,7	30	30	31,6
Région Afrique	28,81	27,31	27,08	30,02	31,33	28,91

Source : Base des données de la Banque Mondiale⁵⁴; Global Health Observatory data repository⁵⁵

Le tableau 9 ci-dessus montre que sur la période observée, les ménages camerounais et ivoiriens supportent plus de la moitié du financement de la santé, loin de la moyenne pour la région Afrique (28,91%). Cette charge est moins lourde au Sénégal, en Zambie, au Kenya et au Ghana où les ménages supportent en moyenne 21,6% du financement de la santé. Cette bonne performance du Ghana s'explique par la mise en place depuis 2002 des réformes institutionnelles du système de couverture maladie. On note que dans la grande majorité des pays, la part des paiements directs tend à diminuer alors qu'au Cameroun elle est restée plus ou moins constante entre 2010 et 2014.

5. Impact/influence de la gestion des finances publiques

L'optimisation de la gestion des fonds publics pour la santé et de leur circulation à travers le système est essentielle pour atteindre les objectifs de couverture universelle de santé avec l'enveloppe des ressources disponibles. Harmoniser les systèmes de gestion des finances publiques avec des fonctions du financement de la santé afin d'atteindre les objectifs à la fois de la prestation efficace de services financés par le budget public et de redevabilité peut permettre d'assurer que les fonds publics disponibles pour la santé circulent vers et sont effectivement utilisés pour les populations, programmes et services prioritaires pour atteindre les objectifs de la CSU.

La gestion des financements publics alloués à la santé suit une logique bien établie qui s'appuie sur l'architecture des finances publiques du pays. Avec la mise en place des réformes des finances publiques, l'exécution du budget de la santé exige l'implication de tous les acteurs à tous les niveaux du circuit de gestion. Ainsi, pour une plus grande efficacité dans l'utilisation des finances publiques allouées à la santé, les responsables doivent assurer la traçabilité des dépenses de santé publique. **Néanmoins, la gestion des finances publiques de la santé connaît un certain nombre de blocages qui ont un impact négatif sur l'efficacité de ces ressources publiques.** Une analyse portant sur la gestion des finances publiques et le financement de la santé a été réalisée en 2016 et fournit davantage de détails. La présente section en fait la synthèse.

⁵⁴ World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>

⁵⁵ WHO, Global Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>

Depuis plus de deux décennies, le gouvernement a successivement mis en place des réformes des finances publiques dont celle supportée par la loi n°96/02 en 1993 dite "loi cadre". Cette loi stipule que la rationalisation du système de gestion et du financement du secteur de la santé se fait par (i) le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur santé, à travers le développement du partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les autres intervenants en matière de santé, (ii) le renforcement et l'appui à la recherche opérationnelle en matière de santé, et (iii) la mobilisation des ressources supplémentaires et la maîtrise des dépenses de santé.

5.1.1. La préparation du budget de l'Etat

Rappel du processus

L'environnement des finances publiques au Cameroun est marqué par l'entrée en vigueur du budget programme.

Avec la loi n°2007/006 du 26 décembre 2007 portant régime financier de l'Etat, le processus budgétaire a connu des aménagements profonds liés à la mise en œuvre de l'approche programme au budget. Avec cette nouvelle approche, le souci a été de passer d'une logique d'allocation budgétaire par moyens à une logique basée sur les résultats, qui sont préfixés dans le cadre des programmes et qui traduisent les politiques publiques mises en œuvre par les administrations de l'Etat. Cette approche par programme vise à promouvoir une meilleure efficacité de l'action publique et l'atteinte des objectifs économiques et sociaux assignés au budget de l'Etat. La recherche de la performance a aussi été inscrite au cœur de l'action publique. Depuis 2013, les crédits des administrations sont votés dans une perspective pluriannuelle par programme, auxquels sont assignés des objectifs précis assortis d'indicateurs de résultats mesurables.

Au Cameroun, cette préparation du budget se déroule principalement en 8 phases aussi importantes les unes que les autres : i) le Cadrage macro-économique et budgétaire, ii) l'élaboration des CDMT ministériels, iii) les pré- conférences budgétaires, iv) le cadrage budgétaire, v) les conférences budgétaires, vi) les derniers arbitrages, vii) le projet de Loi de Finances et viii) l'adoption, validation et promulgation du budget.

Faiblesses

Le MINSANTE connaît encore un certain nombre d'insuffisances dans le processus, qu'il conviendrait d'améliorer afin d'améliorer l'efficience dans la gestion budgétaire.

S'agissant de la revue des programmes, elle souffre encore d'un déficit d'informations et de données pour renseigner les indicateurs de performance des programmes/actions ; indicateurs qui, pour certains, restent encore peu pertinents et inaptés à rendre compte des résultats obtenus de façon réaliste. Par ailleurs, l'analyse de la performance reste à un niveau sommaire du fait de la faiblesse du dispositif de suivi de la mise en œuvre des activités, et d'une insuffisance de mesure des effets dans le système de santé et les impacts socio-économiques

Certains projets et de certaines activités semblent être choisis en l'absence d'une analyse rigoureuse de leur ancrage aux stratégies programme et de leur cohérence intra et inter programme, mais bien souvent dans un souci de conquête de crédits. Ceci traduit une insuffisance en terme de dialogue de gestion au sein du MINSANTE. D'autres projets sont inscrits au budget avec

un niveau de maturité approximatif, entraînant l'exécution incomplète desdits projets et de ce fait la forclusion des crédits relatifs. Dans ce registre, il convient de noter le cas particulier des infrastructures sanitaires dont la budgétisation obéit à une uniformisation des coûts (ex. construction des CSI à 50 millions) sans tenir compte des spécificités locales, et qui aboutit soit à des Appels d'Offres infructueux, soit à des constructions de qualité douteuse, ou alors à l'abandon des chantiers.

L'absence d'informations crédibles et actualisées sur l'état des besoins, faute d'un système d'information de gestion opérationnel, conduit à beaucoup d'approximations dans la préparation du budget, rendant ainsi les cadrages budgétaires illusoire. L'allocation des ressources dans ce contexte ne peut que se faire à minima, en référence au cadrage central (CBMT). Par exemple, au CIEP 2015, la demande budgétaire du MINSANTE évaluée à 289,9 milliards de FCFA a été recadrée à 252,1 milliards de FCFA. D'où l'écart déploré fréquemment entre les moyens dégagés et les besoins réels.

Le budget programme, appuyé d'un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) actualisé, était censé corriger ces écarts et résoudre le problème de l'insuffisance des crédits par rapport aux actions à réaliser. Cependant, il apparaît que les CDMT ne sont pas totalement pris en compte lors des négociations budgétaires. De ce fait, le budget programme, comme il a été souligné plus haut, tarde à prendre véritablement corps. Sous cette appellation, l'on continue en réalité à gérer le budget de moyens. Or, le recours lors de l'élaboration du CDMT 2011-2013 à l'outil MBB avait permis d'estimer « l'espace budgétaire » qui pourrait être affecté à la santé sur la base des données macro-économiques et des engagements des différents acteurs. A titre illustratif, le CDMT avait ciblé des indicateurs de masse budgétaires de 2010 à 2013, finalement en déphasage avec les allocations dégagées pour la même période, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 10: Cibles du CDMT et dotations budgétaires (en millions de FCFA)

ANNEES	2010	2011	2012	2013	2014
Montants cibles CDMT	120 475	162 153	198 535	248 992	NC
Budget alloués	123 701	151 810	151 420	162 048	165 870
Différentiel	+ 3 226	- 10 343	-47 115	- 86 944	/

Source : MINSANTE, CDMT 2011-2013

Comme dans la plupart des administrations, la programmation des dépenses courantes et même en capital semble très peu souvent tenir compte des besoins réels pour la mise en œuvre des activités programmées du fait d'une évaluation peu rigoureuse de chaque poste de dépense, et semble plutôt obéir à des logiques de simples reconductions des crédits ou d'uniformisation des allocations budgétaires aux structures situées à un même niveau pyramidal. Plus grave, la faiblesse du dispositif de suivi de l'exécution du budget empêche une analyse stratégique du tendancier de la dépense, qui permettrait de justifier au premier franc, les compléments de crédits alloués pour la finalisation de certaines activités pluriannuelles.

L'insuffisance et l'inadéquation des crédits. Les crédits globaux alloués au département en charge de la santé comme aux autres administrations sont en deçà des volumes sollicités à la phase de la préparation du budget en conférence budgétaire. Cette insuffisance de ressources est

accentuée par la pratique déjà évoquée de retenue de précaution sur les crédits ouverts, ce qui impacte fortement le taux d'exécution base engagement, relativement faible.

5.1.2. L'exécution du budget de l'Etat

Rappel du processus

Au terme du processus de préparation du budget, la loi de finances est promulguée par le Chef de l'Etat et s'agissant du volet investissement public, le journal des projets est élaboré par le MINEPAT et mis à la disposition de toutes les parties prenantes.

L'exécution du budget de l'Etat démarre par la programmation des marchés, en prélude à la contractualisation. Cette étape est mise en œuvre et suivie par le Ministère en charge des marchés publics suivant les seuils définis par les textes qui régissent les Marchés Publics au Cameroun. L'exécution de la dépense publique intervient dès l'instant où les contrats signés commencent à s'exécuter.

Les acteurs clés identifiés dans le cadre de l'exécution du budget de l'Etat ici sont : les Maitres d'ouvrage, les Maitres d'ouvrage délégués, les ordonnateurs principaux, secondaires et délégués, les services financiers de l'ordonnateur (DAG, DRFM...).

Procédure de dépense

Elle obéit à quatre étapes clés, quelles que soit la nature du financement. Il s'agit de :

1. **L'engagement de la dépense** : L'engagement comptable, qui consiste, pour un ordonnateur, à affecter des crédits budgétaires à une opération particulière. L'engagement juridique (contrat, marché et bon de commande), qui crée une obligation de paiement vis-à-vis d'un tiers (fournisseur), si ce tiers remplit ses obligations contractuelles.
2. **La liquidation** : Elle a pour objet de « vérifier la réalité de la dette et d'arrêter le montant de la dépense ». En d'autres termes, c'est la constatation du service fait.
3. **L'ordonnancement** : consiste pour l'ordonnateur, à demander au payeur de payer la dépense.
4. **Le paiement** : S'agissant des financements extérieurs, dès que la livraison est effective, le dossier de paiement (marché, facture, bordereau de livraison, dossier fiscal) est transmis à la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) pour paiement. La CAA joue ici le rôle du CFS. Un ordre de virement est établi au profit du prestataire.

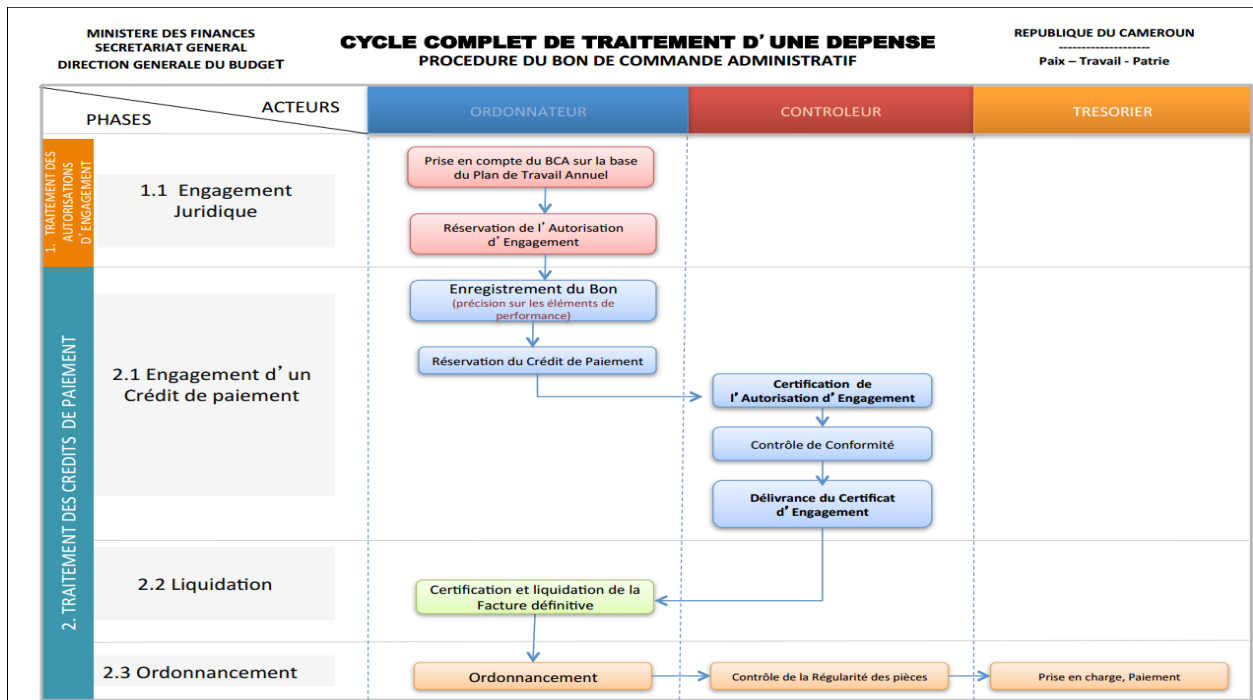


Figure 4 : Procédure du bon de commande administratif

Source: MINEPAT

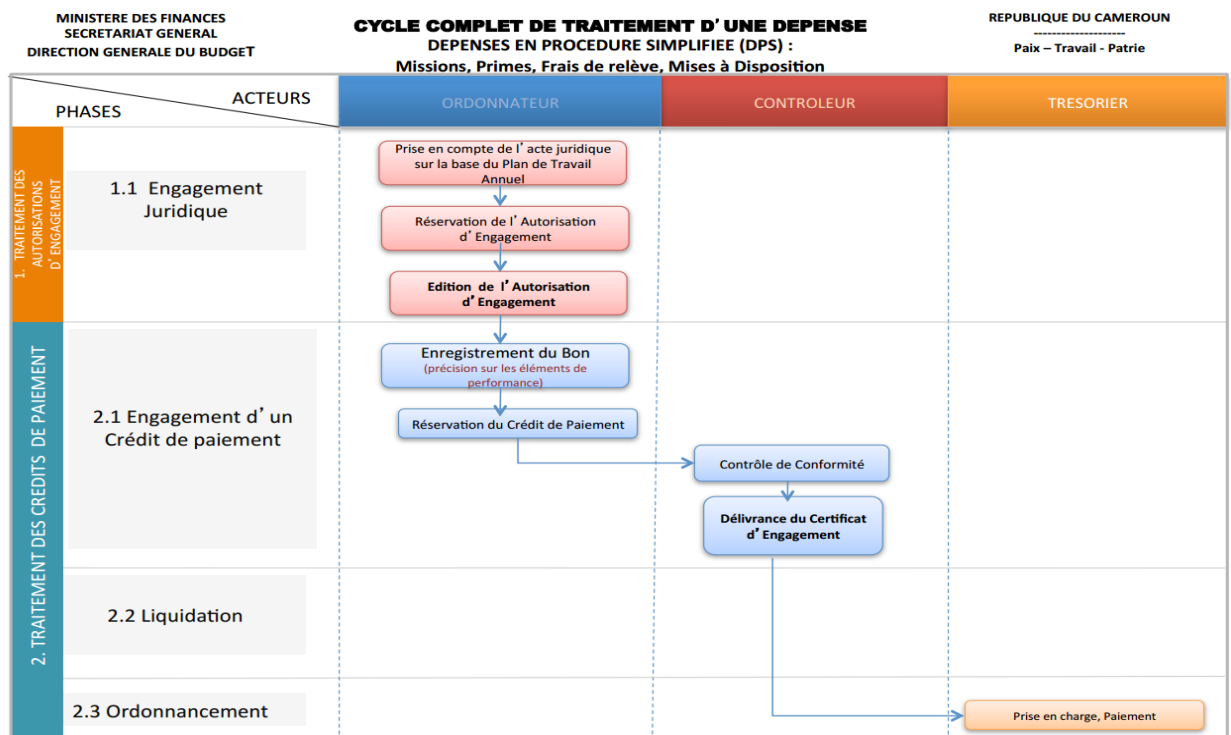


Figure 5 : Procédure de dépense simplifiée

Source: MINEPAT

Faiblesses

Malgré les efforts faits par le Gouvernement qui se traduisent par l'évolution actuelle à la hausse du budget de la santé, les ressources allouées restent pourtant insuffisantes, non seulement au regard des normes et standards requis, mais aussi des besoins réels du secteur de la santé. Par ailleurs, des anomalies ont été relevées dans le processus de mobilisation des ressources dégagées chaque année, à travers les pertes de ressources, le fonctionnement des commissions des marchés et la gestion des subventions qui limitent considérablement l'efficacité du financement public de la santé.

Le nouveau régime financier propose l'adoption d'une stratégie de gestion des dépenses publiques basée sur une meilleure allocation des ressources et sur le principe économique de l'optimisation des résultats sous la contrainte budgétaire.

En dépit ou à cause des réformes de la GFP en chantier au Cameroun, les difficultés dans l'exécution du budget de la santé sont nombreuses et tenaces. Ces goulots d'étranglement, très récurrents au point de devenir chroniques, semblent ancrés dans une « culture de gestion à la camerounaise ». Ces obstacles semblent ainsi renforcés par d'autres faiblesses, comme la méconnaissance généralisée et la non appropriation des règles de la gestion budgétaire, l'attachement aux anciennes pratiques de gestion du budget des moyens, la carence en outils de gestion, la non opérationnalisation des mécanismes de suivi/évaluation et de contrôle de la gestion. Cette situation qui explique la sous-exécution du budget de la santé, mérite d'être changée et améliorée par des mesures concrètes détaillées en annexe 2.

Suivant le type de financement, l'exécution du budget du MINSANTE souffre de plusieurs problèmes. Nous pouvons relever entre autres :

- l'insuffisante maturation des projets inscrits dans le budget ;
- l'absence de synergie entre les structures dans la collecte des données d'exécution du budget, situation qui peut être à l'origine de la sous-consommation des crédits ;
- l'absence d'un véritable mécanisme de suivi-évaluation de l'exécution du budget du MINSANTE, toutes sources de financement confondues.

5.1.3. Circuit de la dépense des financements extérieurs

Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques, le Gouvernement utilise les ressources internes et externes. Les ressources externes sont exécutées conformément aux conventions signées entre le Gouvernement et les bailleurs de fonds. Dans le cadre de ces financements conjoints pour la plupart, une contrepartie est mobilisée.

De la mobilisation de la contrepartie

Description

Les fonds de contrepartie permettent de lever les financements extérieurs. On distingue les fonds de contrepartie en dépenses réelles et les fonds de contrepartie de taxes et droits de douanes.

Depuis l'exercice budgétaire 2014, les fonds de contrepartie en dépenses réelles sont logés dans le BIP des ministères de tutelle des projets à financement conjoint. La mobilisation reste cependant encadrée par la MINEPAT.

Faiblesse

Le MINSANTE ne mobilise pas dans les délais impartis les fonds de contrepartie au profit des projets bénéficiaires, ce qui entraîne des délais dans l'exécution des activités programmées.

S'agissant de la mobilisation des fonds de contrepartie en taxes et droits de douane, il faut relever que seuls les impôts, taxes et droits de douane supportés par l'Etat dans le cadre d'un marché financé par les ressources extérieures, dûment liquidés par l'administration fiscale ou douanière sont directement pris en charge par le MINEPAT.

De l'exécution des ressources externes

Description

Les dépenses sur ressources externes sont exécutées suivant les termes des conventions et conformément aux procédures de chaque bailleur. Ces ressources sont exécutées en dehors du circuit budgétaire classique.

De façon sommaire, dès que la livraison est effective, la liasse de la dépense (marché, factures, décomptes, bordereau de livraison, dossier fiscal) est transmise à la diligence de l'ordonnateur (Chef de Projet, Ministre ...) suivant les termes de la convention, à la Caisse Autonome d'Amortissement (CAA) pour contrôle de la régularité de la dépense et prise en charge. Si la créance est validée, la CAA donne l'ordre à la Banque commerciale auprès de laquelle est ouvert le compte du projet, pour paiement.

Dans certains cas, le bailleur de fonds exécute la dépense et transmet l'information à la CAA après paiement pour comptabilisation dans le cadre de la dette extérieure du Cameroun.

Faiblesse

Au MINSANTE, il n'existe véritablement pas de structure d'accompagnement de l'exécution des projets à financements conjoints. Ceci rend difficile le suivi de la consommation de cette catégorie de ressources, d'autant plus que leur exécution échappe au circuit normal d'exécution de la dépense publique.

5.1.4. L'exécution des recettes affectées

Description

Chaque formation sanitaire soumet un avant-projet de budget de fonctionnement à la délégation régionale correspondante montrant la répartition de ses recettes affectées suivant le canevas suivant (tableau 11).

Tableau 11 : Canevas d'avant-projet de budget de fonctionnement dans les formations sanitaires

Nature de la dépense	Pourcentage
Acquisition and maintenance des équipements	20%
Hygiène et assainissement	15%
Gardiennage et sécurité	15%
Amortissement équipement	10%
Motivation du personnel	30%
Divers	10%
TOTAL	100%

Source : Avant-projet de budget d'une formation sanitaire

Faiblesses

Au niveau opérationnel, la budgétisation des recettes affectées selon le cadrage défini au niveau central ne permet pas aux formations sanitaires d'utiliser leurs ressources de manière optimale. En effet, ce cadre ne prend pas en compte les besoins spécifiques, contextuels ou ponctuels, des formations sanitaires. De plus, il entraîne une sous-estimation des ressources propres car contrainte à l'application de ce cadre qui engendre l'opacité financière.

L'optimisation de la gestion des ressources publiques de santé apparaît ainsi comme une exigence pour aller à la CSU sans nécessairement augmenter la dépense publique de santé. Dans cette optique, une cohérence est à rechercher entre les règles de gestion des finances publiques et de financement de la santé.

CHAPITRE II: Points clefs

- Les besoins du système de santé ont été évalués à 485 milliards FCFA/an sur les 12 prochaines années
- La dépense totale en santé est de 32 703 FCFA par habitant (64 USD)
- Les ménages constituent la plus importante source de financement de la santé et les dépenses de santé sont en majorité effectuées par paiement direct
- Les médicaments représentent le plus important volume de dépense en santé
- La part des dépenses de santé dans les dépenses publiques est en diminution
- La part des ressources extérieures dans la dépense totale en santé augmente, développant une dépendance aux financements externes

Chapitre III. Analyse de l'impact/performance du financement de la santé

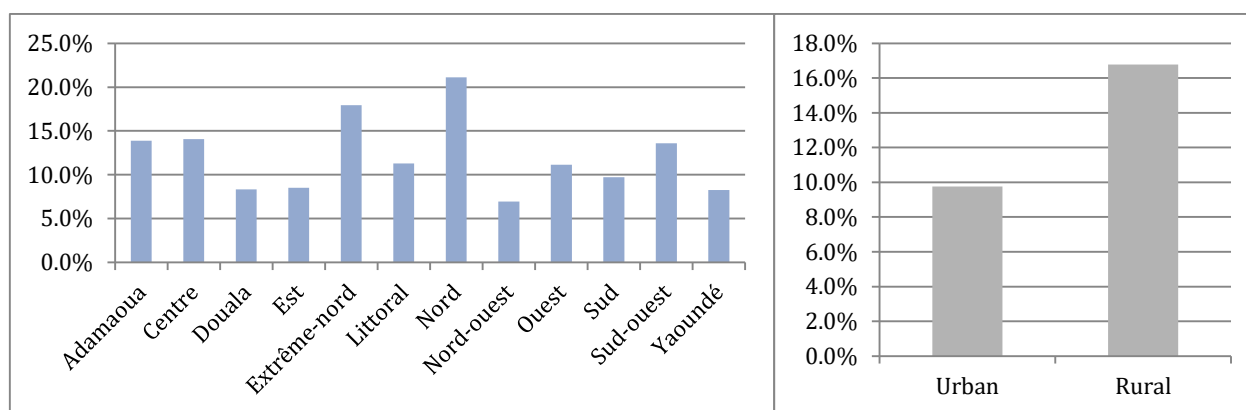
1. Analyse de l'équité du système

1.1. Inégalités en santé

1.1.1. Etat de santé et conduite à risques

Inégalités géographiques

Il existe une forte inégalité dans la répartition géographique de l'état de santé et des conduites à risque des populations. L'exemple de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans nous montre une grande différence entre les régions : dans le Nord, cette mortalité est de 21.1% soit trois fois supérieure au taux de 6.9% dans le Nord-Ouest. Des disparités similaires existent également entre le



milieu rural et urbain (voir Figure 6).

Figure 6: Répartition de la mortalité juvénile en fonction du lieu et zone de résidence.

Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

Inégalités par quintile de revenu

Il existe également de fortes inégalités en fonction des quintiles de revenu. Ainsi, le tableau 12 montre les inégalités de distribution du poids de la maladie chez les enfants entre les différents quintiles. On remarque que pour toutes les pathologies, les quintiles les plus riches sont les moins touchés (indice de concentration négatif). Parmi les indicateurs considérés, cette tendance est la plus prononcée en ce qui concerne le retard de croissance chez l'enfant : le retard de croissance de l'enfant est 4 fois plus répandu dans le quintile le plus pauvre que dans le quintile le plus riche.

Tableau 12 : Distribution du poids de la maladie chez les enfants. Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

	Quintile le plus pauvre	Q2	Q3	Q4	Quintile le plus riche	Total	Indice de concentration
Fièvre	31.1%	24.9%	27.7%	24.9%	25.0%	26.8%	-0.0419
Infections respiratoires aiguës	21.2%	15.6%	14.7%	17.8%	17.6%	17.4%	-0.0258
Retard de croissance	47.5%	42.5%	32.8%	24.6%	12.6%	32.5%	-0.2170
Diarrhée	32.6%	21.5%	20.5%	18.6%	13.8%	21.7%	-0.1610

Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

De surcroît, le tableau 13 montre les inégalités de distribution de l'état de santé et des conduites à risques chez les femmes des différents quintiles. Ici on remarque que l'obésité est plus présente chez les populations les plus riches (indice de concentration positif). A l'inverse, la sous-nutrition et le tabagisme touchent disproportionnellement plus les quintiles les plus pauvres.

Tableau 13: Distribution de l'état de santé et des conduites à risques chez les femmes.

	Quintile le plus pauvre	Q2	Q3	Q4	Quintile le plus riche	Total	Indice de concentration
Obésité	1.1%	4.6%	8.0%	13.5%	18.6%	10.9%	0.3290
Sous-nutrition	16.3%	9.7%	5.5%	6.4%	4.3%	7.5%	-0.2521
Tabagisme	1.6%	0.9%	0.5%	0.4%	0.5%	0.7%	-0.2446

Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

1.1.2. Utilisation des services de santé

Inégalités géographiques

De la même manière, il existe une forte inégalité dans la répartition géographique de l'utilisation des services de santé par les populations. Par exemple, le nombre moyen de visites anténatales diffère en fonction de la région (maximum de 5.3 à l'Ouest, minimum de 2.5 au Nord) et de la zone de résidence (5,3 en zone urbaine versus 3,5 en zone rurale).

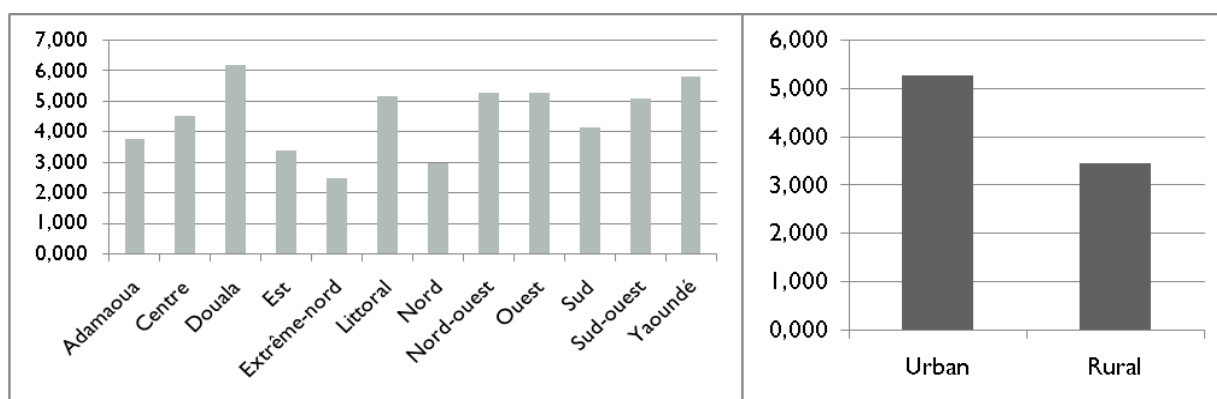


Figure 7: Répartition de la mortalité juvénile en fonction du lieu et zone de résidence.

Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

Inégalités par quintile de revenu

A l'inverse, l'utilisation des services de santé est plus concentrée chez les populations les plus aisées (tableau 15). Il y a donc un déphasage entre les besoins (poids de la maladie) et l'utilisation des services. Par exemple, bien que la diarrhée soit fortement concentrée dans les quintiles les plus pauvres, ce sont les quintiles les plus riches qui ont le plus recours aux soins pour cette maladie. Cette analyse fait état du même constat en ce qui concerne les infections respiratoires, la fièvre et le traitement antipaludique.

Tableau 14: Distribution de l'utilisation des services de santé chez les enfants.

	Quintile le plus pauvre	Q2	Q3	Q4	Quintile le plus riche	Total	Indice de concentration
Traitement ARI	7.3%	25.7%	29.9%	28.7%	36.2%	24.2%	0.239
Traitement anti-diarrhéique	7.9%	18.3%	25.6%	34.7%	46.7%	22.4%	0.336
Traitement antipaludique	4.6%	11.1%	17.7%	17.2%	15.6%	13.1%	0.179
Vaccination rougeole	52.4%	66.4%	76.1%	77.9%	87.6%	71.7%	0.096

Source : Analyse ADePT des données DHS 2011

En général, bien que les besoins de santé soient concentrés dans les quintiles les plus pauvres, on constate que les quintiles les plus aisés utilisent les services de santé de manière plus fréquente. Ceci constitue donc une forte iniquité au sein du système de santé Camerounais, où ceux qui ont le plus besoin des soins et services de santé sont ceux qui y ont le plus faible accès.

1.2. Protection financière : dépenses catastrophiques et appauvrissantes

1.2.1. Dépenses catastrophiques

Les dépenses de santé sont dites catastrophiques quand, pour payer les soins, les malades ou leur ménage doivent s'acquitter d'une participation financière à un seuil prédéfini de leur revenu (ici de 5 à 40%). Une analyse des données du CNS montre que 36,3% de la population dépense plus de 5% de leur revenu dans la santé et 4,7% de la population dépense plus de 40%. Les indices de concentration montrent que les couches les plus pauvres de la population, déjà vulnérables, sont plus fréquemment touchées par les dépenses catastrophiques de large ampleur (tableau 16).

Tableau 15: Pourcentage de la population faisant face à des dépenses catastrophique en santé .

	5%	10%	15%	25%	30%	40%
Prévalence	36.3	21.0	14.6	8.6	6.6	4.7
Dépassement	8.4	7.0	6.2	5.0	4.7	4.1
Dépassement moyen positif	23.1	33.4	42.2	58.9	70.3	88.0
Indice de concentration	0.083	0.116	0.148	0.256	0.315	0.393

Source : Analyse ADePT des données CNS 2012.

1.2.2. Dépenses appauvrissantes

Les dépenses appauvrissantes se produisent lorsque les dépenses de santé entraînent des ménages considérés non-pauvres au dessous du seuil de pauvreté. Les dépenses appauvrissantes et dépenses catastrophiques sont deux mesures différentes qui permettent de comprendre l'impact des dépenses de santé sur la consommation et le bien-être des ménages. Le tableau 16 montre que le taux de pauvreté dans la population est de 50.3% (au sens conventionnel, hors dépenses de santé). En prenant en compte les dépenses de santé, ce taux augmente de 3.6% passant ainsi à 52.4%. L'amplitude de la pauvreté (profondeur) augmente également lorsque les dépenses de santé sont prises en compte. En d'autres termes, les dépenses de santé contribuent donc au phénomène de pauvreté. La diminution des dépenses de santé dans le pays pourrait donc avoir un effet positif sur la baisse de la pauvreté.

Tableau 16 : Augmentation de la pauvreté suite aux dépenses de santé.

	Brut des frais de santé	Net des frais de santé	Différence en point	Différence en %
Taux de pauvreté	50.3	52.4	1.9	3.6%
Profondeur	206.0	217.8	11.8	5.4%

Source : Analyse ADePT des données CNS 2012.

La figure 8 montre graphiquement les effets des dépenses de santé sur la pauvreté de la population. On remarque que les dépenses en santé des ménages les plus pauvres ne sont pas particulièrement conséquentes en valeur absolue mais suffisamment élevées pour les maintiennent en dessous du seuil de pauvreté. De plus, même les ménages les plus aisés encourent le risque de tomber en dessous du seuil de pauvreté du fait des dépenses de santé.

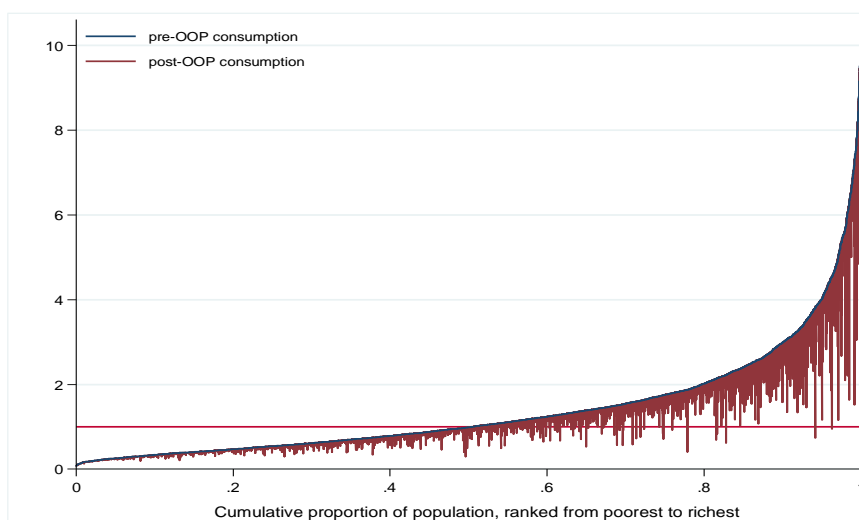


Figure 8: Diagramme de la parade de Pen. Les ménages sont ordonnés du revenu le plus faible à gauche au revenu le plus élevé à droite. Légende : ligne noire : revenus par ménages, ligne horizontale rouge : seuil de pauvreté, lignes rouges verticales : chute de revenus due aux dépenses de santé.

Source : Analyse ADePT des données CNS 2012.

En conclusion, cette analyse montre que les dépenses catastrophiques en santé sont assez élevées et touchent disproportionnellement les populations les plus pauvres, participant à l'iniquité du système de santé. Ces dépenses contribuent à l'appauvrissement de la population et constituent un frein au développement socio-économique du pays.

1.3. Équité dans l'accès aux soins de santé

Le recours aux soins est fortement influencé par le niveau de revenu des ménages. En effet, en cas de maladies/ blessures, seulement 43,6% des ménages du quintile le plus pauvre aura recours aux conseils ou traitement dans une formation sanitaire, contre 63,0% pour les ménages du quintile le plus riche (tableau 18).

Tableau 17: Recours aux soins par les ménages selon le niveau de revenu

	Quintile le plus pauvre	Q2	Q3	Q4	Quintile le plus riche	Moyenne
Pourcentage de ménages qui ont recherché des conseils ou traitements dans les formations sanitaires	43,6%	53,8%	59,5%	60,8%	63,0%	56,9%

Source : EDS-MICS 2011

1.4. Équité dans la redistribution des ressources

Toutes les formations sanitaires du pays envoient 10% de leurs revenus vers un fond de solidarité national. Celui-ci peut ensuite être mobilisé pour répondre à des problèmes prioritaires dans le secteur santé ou pour être redistribué selon les besoins. Ce système permettrait d'augmenter l'équité dans le système de santé, cependant il n'existe pas de documentation disponible afin de mesurer son impact réel.

2. Analyse de l'efficacité

L'analyse approfondie de l'efficacité⁵⁶ a permis d'identifier un certain nombre de problèmes concernant l'allocation du budget, et de préoccupations concernant l'efficacité technique dans le système de santé au Cameroun. Ces problèmes semblent être à la source d'une mauvaise utilisation et d'un gaspillage des ressources. **Par conséquent, améliorer l'efficacité allocative et technique au Cameroun pourrait dans un premier temps accroître l'espace budgétaire pour mener à bien les réformes envisagées et s'assurer que les ressources investies dans le secteur sont mises en œuvre correctement afin de répondre au mieux aux besoins de la population.**

2.1. Efficacité allocative

L'efficacité allocative pose principalement les questions suivantes :

- Les dépenses de santé sont-elles dirigées vers les **activités les plus pertinentes** étant donné la charge de morbidité?
 - La définition des programmes de santé nationaux et leurs financements sont-ils en accord avec le contexte sanitaire ?
- Les ressources investies dans les **soins de santé primaire** et les soins préventifs/promotionnels sont-elles suffisantes?
 - L'expérience internationale montre que le diagnostic et le traitement de la majorité des maladies est plus efficace et moins coûteux dans les niveaux de soins primaires. Par ailleurs, certaines interventions de prévention peu coûteuses (telles que la vaccination) sont très coût-efficaces.
- Quelle est la part des dépenses accordée aux **populations pauvres et aux régions les plus reculées** ?
 - Sans exception, dans tous les pays, les besoins de santé sont les plus importants pour les populations vulnérables, qui ont un accès limité aux soins (financier ou géographique) et vivent dans des conditions propices au développement de maladies.

Ainsi, les principaux problèmes d'efficacité allocative suivants ont pu être identifiés :

1. ***Malgré l'approche programme au budget cohérente avec les priorités nationales, sa mise en œuvre semble plus déconnectée de cette approche.***

⁵⁶ Analyse de l'Espace Budgétaire et de l'Efficacité allocative et technique au Cameroun, 2016

Il est difficile de retracer l'approche programme dans la définition du budget, et ainsi de commenter sur la cohérence de l'attribution des crédits par domaine sanitaire. Ces difficultés de traçabilité des fonds par programmes posent également problème car il est difficile de faire le lien entre l'allocation des fonds et la mise en œuvre d'activités par domaine sanitaire ou encore progrès en termes de santé. De plus, en comparant les allocations budgétaires sur les trois dernières années, nous observons une forte corrélation des allocations budgétaires accordées à chaque institution d'année en année. La corrélation entre la répartition du budget de 2014 et 2015 est de 0.96, et celle entre 2015 et 2016 de 0.85 ; les différences reflètent en partie les changements en terme de budgets d'investissements (qui sont moins stables que les budgets de fonctionnement). Ces chiffres montrent que les montants alloués aux institutions présentent une assez forte dépendance historique, malgré les différences affichées d'approche budgétaire et programme entre ces années. Comme déjà évoqué dans la section relative à la gestion des finances publiques, l'approche programme devra être approfondie.

2. L'approche budgétaire ne semble pas encourager l'efficacité et peut même se révéler contreproductive.

Le type de budget (par poste de dépenses, très détaillé) n'est pas efficace car ces lignes budgétaires sont très rigides et les institutions n'ont pas les moyens de les modifier en fonction de leurs besoins.⁵⁷ Dans les faits, les institutions sanitaires n'ont pas assez d'autonomie et de flexibilité, et ne sont pas encouragées à faire des choix intelligents et efficaces en ce qui concerne l'achat des intrants ou pour accroître la qualité des soins. En Mongolie, une étude de la Banque Mondiale montre que l'amélioration de l'efficacité et la gestion peut s'avérer contreproductif pour les institutions sanitaires qui voient leur crédits alloués diminuer.⁵⁸ Dans le cas particulier du Cameroun, l'approche budgétaire conduit également à un éclatement du budget en un nombre élevé de lignes budgétaires, ce qui rend la planification, lisibilité et suivi du budget difficile. Ainsi, l'utilisation de budgets globaux pour les formations sanitaires (en créant une ligne unique pour chaque entité) pourrait être envisagée. Pour accompagner ces budgets globaux pour chaque entité, ces formations sanitaires doivent être responsabilisées pour la bonne gestion de leurs structures, et doivent avoir l'autonomie de gestion pour utiliser ces ressources de façon à résoudre leurs problèmes avec des stratégies qui sont développées localement et sont appropriées pour le contexte spécifique de chaque formation sanitaire.

3. Manque de disponibilité d'informations essentielles pour la définition du budget

En l'absence de certaines données essentielles sur l'infrastructure sanitaire et l'utilisation des soins, il est difficile de former un jugement définitif sur la pertinence de la répartition du budget. Le manque de suivi des dépenses pose également un problème de contrôle de la qualité de la dépense et empêche de limiter les risques de corruption. Les budgets sont également formulés sans qu'il soit possible de tirer des leçons de l'exercice budgétaire de l'année précédente. Des données sur la dépense semblent être disponibles, mais seulement à un niveau très agrégé. Les estimations de la

⁵⁷ Langenbrunner, Cashin, & O'Dougherty, 2009

⁵⁸ Banque Mondiale, 2015

dépense publique en santé varient également entre MINFI, MINSANTE et le Trésor, ce qui soulève des questions importantes concernant leur validité.

4. L'accroissement des ressources pour la santé a davantage bénéficié au niveau central, au détriment des prestataires de soins de premier niveau dont le budget est limité

Les ressources nouvellement investies dans le système sur les trois dernières années ont principalement bénéficié au niveau central, et il n'est pas possible de garantir (à la lecture du budget) que ces fonds aient bien atteint les niveaux de soins qui sont au contact de la population. Ce résultat est d'autant plus surprenant, étant donné la volonté affichée dans le CDMT de rediriger les dépenses vers les niveaux régionaux et locaux.

Si les CMA et CSI sont en première ligne pour la provision des soins auprès des usagers, elles ne semblent pas être suffisamment valorisées dans le budget. Dans l'absolu, les sommes accordées à ces institutions devraient être relevées afin de permettre un financement de leur fonctionnement plus efficace et plus transparent. Dans de nombreux pays, la mise en place d'un programme de CSU ou d'un paquet de services essentiels repose sur les structures de soins de santé primaire. Ces entités sont également jugées plus efficaces que d'autres structures de soins (par exemple, hôpitaux ou spécialistes) pour la provision de certains services (notamment soins primaires, préventifs et communautaires). Ainsi, le budget devrait être réparti plus équitablement entre les différents niveaux d'institutions et une importance accrue devrait être accordée au financement des CMA et CSI, surtout en vue de la mise en œuvre de la CSU dans le pays.

5. L'allocation du budget entraîne de fortes disparités régionales.

Le budget est réparti en suivant une logique 'd'égalitarisme institutionnel' où chaque institution reçoit un forfait unique pour ses frais de fonctionnement, qui correspond à sa position dans la pyramide sanitaire (hôpital de district, CMA, CSI etc.).

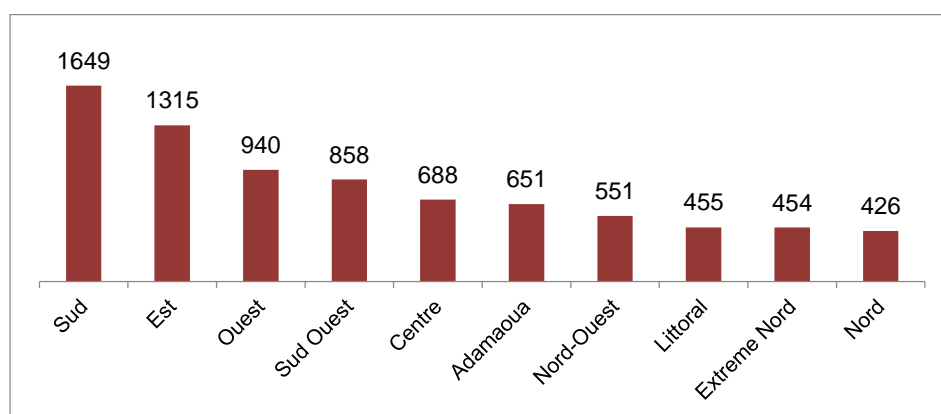


Figure 9; Allocation budgétaire par tête (en F CFA) pour tous niveaux sanitaires confondus

Source: Budget de 2015, Institut de la Statistique Nationale.

NB : L'année 2015 est utilisée pour le graphique ci-dessus car les données sur l'effectif de la population n'est disponible que pour cette année sur le site de l'Institut de la Statistique Nationale

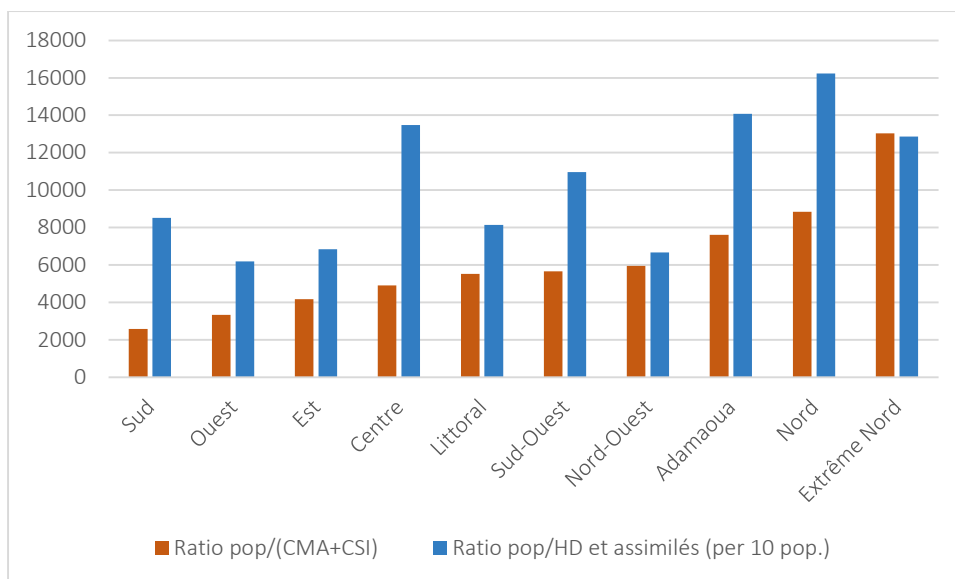


Figure 10: Disponibilité des formations sanitaires par population

Source : MINSANTE-Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

Ces allocations sont dé-corrélées des besoins sanitaires au niveau local, et des indicateurs de santé. Le Cameroun pourrait considérer la mise en place d'un système d'allocation budgétaire intra régional, afin de déployer ressources là où le besoin est le plus grand. Comme dans d'autres pays, une formule d'allocation des ressources en fonction des besoins, et qui prend en compte des caractéristiques de chaque formation sanitaire et de sa population à servir pourrait être appliquée comme stratégie nationale au Cameroun. Des ajustements moins complexes dans leur mise en œuvre pourraient également être envisagés dans un premier temps, à défaut d'une formule d'allocation des ressources. Une pondération des allocations par population (soit population totale ou population cible) ou indice de pauvreté, par exemple, pourrait être facilement envisagée puisque les autorités publiques bénéficient de ces informations. Cette nouvelle méthodologie existe déjà dans les zones PBF avec le « bonus d'équité » qui est alloué à chaque formation sanitaire pour canaliser le plus de ressources aux zones avec le plus de besoins. Cette approche prend en compte plusieurs éléments tels que la population et superficie de la région, informations sur l'infrastructure sanitaire, l'accessibilité géographique, l'indice de pauvreté monétaire, et d'autres critères pour établir une « score d'équité » pour chaque région, district, et même formation sanitaire. Une pondération est estimée en fonction des scores d'équité et les formations sanitaires avec plus de vulnérabilité reçoivent des subsides plus élevés pour leur performance, relativement aux formations sanitaires moins vulnérables. La cartographie des scores d'équité est déjà faite et sera appliquée dans les zones PBF.

Compte tenu des contraintes majeures en ressources publiques, il est impératif de diriger les ressources de manière stratégique, pour rendre compte de priorités sanitaires et territoriales.

2.2. Efficience technique

L'efficience technique fait référence à la façon dont les intrants dans le système de santé sont utilisés. Des travaux de l'OMS en 2010⁵⁹ invoquent neuf grands problèmes d'efficience technique communément cités par les experts nationaux et proposent de potentielles causes pour chacun d'entre eux. Certains des problèmes relèvent d'une mauvaise planification ou du manque d'adaptation du système de santé aux changements de contexte sanitaire (ex. composition et répartition du personnel soignant, taille des hôpitaux). D'autres problèmes sont attribués aux incitations générées dans le système (ex. surutilisation de la technologie médicale, sur prescription des médicaments, insuffisante qualité des soins).

Les principaux problèmes d'efficience technique qui ont été relevés au Cameroun sont les suivants :

- 1- **La disponibilité, composition et répartition des personnels de santé ne permet pas de répondre aux besoins sanitaires du pays.** Ainsi, il existe une importante inégalité de répartition géographique, au détriment des régions dont les besoins en santé sont les plus importants. Les problèmes de rétention du personnel, en milieu rural sont importants et liés aux faibles salaires, infrastructure vétuste, mauvaises conditions de travail en terme d'hygiène et sécurité.

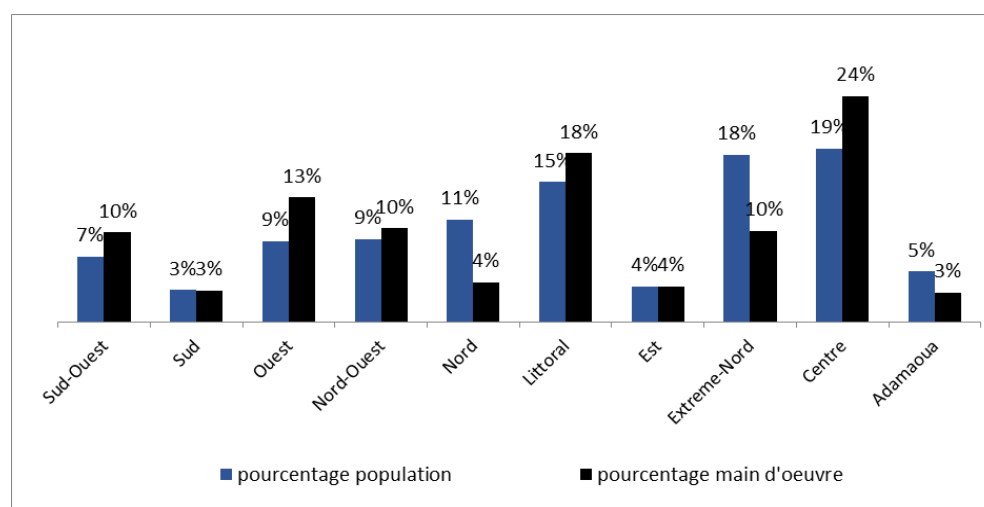


Figure 11 Répartition de la population et des effectifs des professionnels de la santé.

Source : recensement général des personnels du secteur de la santé combiné aux données concernant les effectifs de population de 2010. NB : les données sur les effectifs de population et de professionnels de la santé sont respectivement issues de 2011 et 2010 (pas la même année).

- 2- **Des problèmes de faible qualité des soins.** Un premier problème concerne l'état et le niveau d'entretien et d'équipement des structures sanitaires, que ce soit dans le secteur tertiaire ou de santé primaire. En outre, la compétence et les connaissances du personnel soignant semble également préoccupant. Sur ce sujet, le renforcement et le déploiement du PBF est approprié ; c'est d'ailleurs l'une des missions premières de ce type d'approche. Au Cameroun, le PBF a eu un effet positif sur l'équipement des formations sanitaires (ex.

⁵⁹ Chisholm & Evans, 2010

présence d'une balance, thermomètre, tensiomètre, stéthoscope) et sur la disponibilité de matériel pour les accouchements et prise en charge des nouveaux nés. En outre, la satisfaction globale des patients s'est améliorée après la mise en place du programme (étude non publiée).

- 3- Qualité et usage rationnel du médicament.** De nombreux problèmes concernant la mise à disposition, la qualité et la gestion des médicaments sont à relever dans le pays. Tout d'abord, la planification des besoins et en conséquent des achats de médicaments a souvent été jugée inadéquate. En parallèle, certains médicaments sont régulièrement en rupture de stock (selon un rapport de MINSANTE⁶⁰, cette rupture de stock concernerait 62% du catalogue). En 2015, la pénurie de médicaments essentiels pouvait durer jusqu'à 15 jours.
- 4- Corruption et fuite des ressources.** La corruption et fuites de capitaux sont un fléau endémique dans le secteur de la santé au Cameroun. Un rapport de la Banque Mondiale en 2013 suggère que tous les aspects de la gestion du système de santé sont vulnérables à la corruption et fausses déclarations, qu'il s'agisse de l'approvisionnement et la distribution des médicaments ou de la gestion et paiement des médecins.

3. Analyse de la pérennité

3.1. Pérennité des sources de financement

Comme vu précédemment, les principales sources de financement sont les ménages, l'Etat, le secteur privé et les bailleurs de fonds extérieurs. Malheureusement, force est de constater que les stratégies développées pour pérenniser ces sources de financements restent très marginales.

3.1.1. Les ménages

Les paiements directs au point de contact avec le prestataire de service représentaient la plus importante source de financement du système de santé au Cameroun.⁶¹ Or ce type de financement est soumis à de multiples variations et n'est pas prévisible dans le temps. Par conséquent, ce n'est pas un mécanisme pérenne et il ne permet pas de planifier efficacement les dépenses.

En termes de pérennité dans la mobilisation des ressources auprès des ménages, des initiatives se sont développées principalement autour des mutuelles de santé et des compagnies d'assurance maladie. Cependant, leur impact reste très limité car elles ne couvrent qu'une portion très marginale de la population. Par exemple, les mutuelles de santé ne couvrent que 0,2% de la population.⁶²

3.1.2. L'Etat

Au Cameroun, le financement étatique ne constitue qu'une part limitée des dépenses totales de santé. Le montant total du budget national alloué au MINSANTE a augmenté en valeur absolue

⁶⁰ Ministère de la Santé, 2016

⁶¹ INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012

⁶² MINSANTE, Rapport OASIS, 2016

depuis 2008. Cependant le pourcentage par rapport au budget national, a baissé entre 2011 et 2015 et oscille autour de 5%, montrant la faible priorité donnée par l'Etat au système de santé.⁶³

Si le financement de la santé par l'Etat est un devoir régalien et peut être considéré comme pérenne, la mise en application de l'engagement d'Abuja qui préconisait l'allocation de 15% du budget national constitue une opportunité d'accroître de manière significative la contribution de l'Etat. Elle participerait également à une appropriation du financement de la santé, à la réduction de la dépendance du financement extérieur et à celui « fardeau » supporté par les ménages.

De manière pratique, le Cameroun contribue à l'initiative d'UNITAID en reversant 10% de la taxe aéroportuaire prélevée sur les billets d'avion des vols internationaux. Ceci participe à la pérennité du financement allant vers les interventions du domaine VIH/SIDA. Cependant, au niveau national aucune stratégie n'a pour l'heure été développée. Le gouvernement s'étant résolument engagé vers la couverture sanitaire universelle, il lui revient de mobiliser des fonds dédiés et de mettre en place des mécanismes de financement pérenne afin d'assumer le coût financier de la solidarité nationale.

3.1.3. Les bailleurs de fonds extérieurs

Les financements extérieurs (prêts et dons confondus) représentent chaque année une part importante du financement total du secteur de la santé. Cependant, ils sont empreints d'un manque de visibilité dans leurs prévisions à moyen terme (3-5 ans). Or il est prévu une diminution significative de la contribution des partenaires dans les années à venir. En effet, les principaux partenaires multilatéraux conditionnent désormais leurs appuis dans la perspective d'un retrait progressif et/ou d'un co-financement (ou fonds de contrepartie) croissant de l'Etat.

De plus, le Cameroun connaît des difficultés dans le paiement dans les délais des fonds de contreparties demandées notamment par le Fond Mondial et GAVI Alliance. Ceci a déjà eu pour conséquence des retards dans le déboursement des fonds et pourrait impacter négativement les demandes de financement subséquentes. Pour rappel, le Fond Mondial et GAVI Alliance sont les plus importants contributeurs des domaines du VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et vaccination. Un arrêt de leur subvention aurait des conséquences désastreuses pour les populations qui en bénéficient actuellement.

D'autre part, les partenaires en coopération utilisent parfois leurs propres procédures pour financer la santé au niveau central et/ou opérationnel, et certains flux échappent au contrôle du MINSANTE. Afin d'optimiser ces apports, il serait souhaitable d'améliorer les conditions qui lient le pays à l'aide extérieure tout en gardant une maîtrise des financements. Une attitude cohérente, solide, et la solidarité interministérielle permettront d'améliorer l'assise de la politique sectorielle. En y ajoutant les conditions de la redevabilité, de dialogue et d'harmonisation avec les PTF.

3.2. Pérennité des mécanismes de financement

3.2.1. Recettes affectées

Comme vu précédemment, ces recettes sont constituées, pour l'essentiel d'entre elles, des paiements directs effectués par les ménages qui représentent également la plus grande source de

⁶³ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

financement des formations sanitaires. Cependant, la maîtrise de leurs montants réels échappe aux structures centrales du MINFI, administration de collecte, et du MINSANTE, administration utilisatrice, tant et si bien que :

- Elles restent provisionnées sur le budget du MINSANTE à un montant fixe et théorique de 5 milliards de FCFA depuis plus de trois ans ;⁶⁴
- Elles font l'objet d'une grande déperdition tant dans la phase de collecte qu'à celle de la dépense, malgré l'existence des comités de gestion des formations sanitaires censées veiller et garantir la bonne exécution des budgets et en dépit des structures de contrôle qui peinent à relever le défi de la protection de la fortune publique du fait d'une insuffisance du nombre de contrôles et surtout de la corruption.
- Aucune analyse rigoureuse et réaliste ne peut être effectuée sous la forme d'un rapprochement des charges et des recettes collectées, de manière à déterminer avec plus de précision le montant des crédits à déléguer sur le budget du MINSANTE à chaque structure, en équilibre de son budget. Aussi les mêmes crédits sont-ils en général, alloués aux formations sanitaires de même niveau pyramidal.

3.2.2. Mécanismes de gratuité et subvention

Il existe de nombreux mécanismes de gratuité et de subventions dans les domaines prioritaires de la santé. Dans certains cas, notamment pour le paludisme, ces mécanismes ont été mis en place à la suite d'analyses et des projections financières afin d'assurer leur pérennité. Cependant, dans d'autres cas, aucune étude n'a été réalisée avant la mise en place de ces mécanismes et leur soutenabilité n'est pas garantie.

Dans le cas du paludisme, où il semblerait que les hypothèses sur lesquelles sont basées la subvention croisée n'ont pas été vérifiées lors du déploiement du mécanisme. En effet, il avait été établi qu'il fallait 55 adultes (payant), 10 femmes enceintes (subventionné) pour 35 enfants (gratuit) afin que le mécanisme soit soutenable.⁶⁵ Or, basé sur les observations dans les formations sanitaires, la part des enfants de moins de 5 ans est plus élevée que prévu. Il est donc nécessaire d'évaluer formellement ce mécanisme et de l'ajuster le cas échéant.

De plus, la majorité des mécanismes de financement sont supportés par les bailleurs. Par exemple, tous les médicaments pour l'élimination des Maladies Tropicales Négligées sont des donations et la gratuité de la vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois repose presque exclusivement sur le financement venant de GAVI Alliance.

3.2.3. Financement Basé sur la Performance (PBF)

Le financement basé sur la performance en tant que mécanisme est un facteur de pérennisation du financement puisqu'il permet d'autonomiser les formations sanitaires. Cependant ce mécanisme repose en partie sur un prêt contracté par le gouvernement auprès de la Banque Mondiale et participe

⁶⁴ MINFI, Lois de finances 2014, 2015, 2016

⁶⁵ MINSANTE/PNLP, Mémoire de calcul pour l'estimation du coût du traitement du paludisme grave, 2014

à l'endettement public. Une évaluation de la pérennité de ce mode de financement sera à faire avant de planifier la mise à l'échelle nationale.

CHAPITRE III: Points clefs

- De grandes disparités concernant l'état de santé, l'accès et l'utilisation des soins et services de santé sont observées entre régions et milieu socio-économique, au détriment des couches de la population les plus vulnérables
- Les dépenses catastrophiques en santé (au seuil de 40%) touchent 4,7% de la population. En général, les dépenses de santé sont appauvrissantes pour la population et participent à la stagnation du taux de pauvreté national
- Les paiements directs par les ménages et les financements extérieurs ne sont pas des mécanismes de financement pérennes
- Il n'existe pas à ce jour de mécanisme de pérennisation des financements nationaux pour la santé

Chapitre IV. Protection sociale en santé au Cameroun : Caractéristiques, forces et faiblesses

Le Cameroun ne dispose pas d'un système de protection sociale en santé intégré pour l'ensemble de la population. Plusieurs dispositifs de protection sociale en santé existent pour différentes composantes de la population :

- Un dispositif pour les fonctionnaires, agents publics et assimilés ;
- Un dispositif pour les travailleurs du secteur formel privé et parapublic régi par le Code du travail ;
- Un dispositif pour les travailleurs de l'économie informelle et rurale ;
- Un dispositif pour les indigents et autres nécessiteux ;
- Deux dispositifs pour les femmes enceintes : les kits obstétricaux et le chèque santé ;
- Plusieurs dispositifs de gratuité et de subventionnement des soins et services de santé.

Malgré l'existence de plusieurs dispositifs de protection sociale en santé au Cameroun, le niveau de couverture de la population en assurance maladie reste très faible (tableau 18). On remarque que le niveau de protection sociale dépend du niveau socio-économique et du niveau d'éducation. Les populations les plus aisées et instruites sont celles qui sont couvertes par un mécanisme d'assurance maladie alors que les populations les plus vulnérables (pauvres et sans instruction) ne sont pas couvertes. De la même manière, on remarque que les hommes ont un meilleur accès à l'assurance maladie que les femmes et les populations urbaines que les populations rurales. Cela montre que le système d'assurance maladie au Cameroun ne bénéficie pas à ceux qui en ont le plus besoin.

Tableau 18: Synthèse des taux de couverture en assurance maladie de la population camerounaise selon le sexe, lieu de résidence à Yaoundé ou à Douala, niveau d'instruction, et niveau de richesse

Type de population	Femmes	Hommes	Ecart Hommes - Femmes
Milieu de résidence			
Yaoundé / Douala	2,7%	8,2%	5,5%
Autres villes	2,4%	5,4%	3,0%
Ensemble urbain	2,5%	6,5%	4,0%
Rural	0,7%	2,0%	1,3%
Niveau d'instruction			
Aucun	0,3%	0,4%	0,1%
Primaire	1,1%	2,5%	1,4%
Secondaire 1 ^{er} cycle	1,5%	1,5%	0,0%
Secondaire 2 ^e cycle ou plus	4,4%	4,4%	0,0%
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	0,1%	0,2%	0,1%
Second	0,6%	1,9%	1,3%
Moyen	1,5%	2,7%	1,2%
Quatrième	1,5%	5,3%	3,8%
Le plus riche	3,9%	8,9%	5,0%
Ensemble 15-49 ans	1,7%	4,5%	2,8%

Source : Tableau construit à partir des résultats de l'EDS-MICS 2011

1. Le dispositif des fonctionnaires, agents publics et assimilés

1.1. Caractéristiques

La loi fédérale n°62-6 du 9 juin 1962 portant loi des finances prévoyait la gratuité des soins dans les hôpitaux publics pour les fonctionnaires et leurs familles ainsi que pour les indigents dont les soins étaient supportés par les communes.

Le décret N°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire dispose que l'Etat est tenu d'assurer la protection du fonctionnaire contre les accidents et les maladies d'origine professionnelle. En cas d'accident ou de maladie non imputable au service, l'État participe selon certaines modalités fixées par ce décret, aux frais occasionnés par les soins médicaux, pharmaceutiques, d'évacuation, d'hospitalisation, de rééducation fonctionnelle et d'appareillage, pour le fonctionnaire, son conjoint et ses enfants légitimes reconnus ou adoptifs. Certains personnels tels le corps médical et les indigents sont dispensés de la participation à leur frais d'évacuation. Le tableau 19 présente les données de prise en charge des soins de santé des fonctionnaires et agents publics entre 2012 et 2015.

Tableau 19: Paiement/remboursement des frais médicaux et des frais d'évacuation sanitaire par le MINFI entre 2012 et 2015.

Année	Frais médicaux locaux		Evacuation sanitaire à l'intérieur		Evacuation sanitaire à l'étranger	
	Nombre	Montant (FCFA)	Nombre	Montant (FCFA)	Nombre	Montant (FCFA)
2012	/	/	18	134.885.250	/	/
2013	/	/	13	49.142.950	21	243.773.734
2014	125	117.453.151	140	734.895.285	143	2.013.221.706
2015	157	138.815.376	90	255.204.860	160	1.660.243.792

Source : Tableau construit à partir de la base des données du Conseil National de la Santé – MINSANTE.

Les forces de défense (militaires), les fonctionnaires de police et de l'administration pénitentiaire rentrent dans le champ d'application de ce décret mais disposent de structures sanitaires dans leurs administrations respectives et bénéficient d'autres mécanismes de couverture dans ces structures ne rentrent pas dans le champ d'application de ce décret, les membres du Gouvernement, du Sénat et de l'Assemblée Nationale, qui sont couverts par d'autres mécanismes particuliers. En plus de ce dispositif institutionnel, les fonctionnaires et agents de certaines administrations publiques ont mis en place des mutuelles qui offrent une certaine couverture maladie à leurs membres, en direct ou à travers une compagnie privée d'assurances.

1.2. Forces

Ce dispositif permet de rembourser aussi bien le coût des soins médicaux administrés localement que celui des évacuations sanitaires à l'intérieur du pays et à l'étranger. Il a permis de prendre en charge un certain nombre de fonctionnaires malades pour des montants de prise en charge variant entre 800.000 et 14.000.000 FCFA par personne.

1.3. Faiblesses

Le nombre de fonctionnaires pris en charge par ce dispositif reste très faible face à une demande qui serait très forte vu le contexte épidémiologique du pays. Cela témoigne d'un certain nombre de faiblesses à savoir :

- La faible diffusion de l'information sur ce dispositif ;
- Le mode de prise en charge des frais médicaux qui consiste à préfinancer pour être remboursé ultérieurement ;
- La centralisation du traitement des dossiers à Yaoundé.

1.4. Défis

- Isoler les fonds de couverture santé des fonctionnaires de la dépense commune de l'Etat et si possible, faire contribuer le fonctionnaire pour augmenter le montant des fonds et améliorer la couverture.
- Diffuser le plus largement possible l'information auprès des fonctionnaires.
- Remplacer le mode de prise en charge par remboursement par un mode de tiers-payant pour faciliter l'accès aux soins coûteux.
- Décentraliser le plus possible la gestion de ce dispositif au niveau des communes ou des districts de santé.

2. Le dispositif des travailleurs du secteur formel privé et parapublic régi par le Code du travail.

2.1. Caractéristiques

La Loi n°92/007 du 14 août 1992 portant code du travail, en ses articles de 98 à 102, fait obligation à tout employeur d'organiser un service médical et sanitaire au profit de son personnel. Ce service couvre les besoins de santé du travailleur et de sa famille aussi bien sur le plan préventif, de promotion de la santé, que curatif. Ce service médical peut être organisé de deux manières différentes :

- Soit sous forme d'un service autonome propre à une seule entreprise. Le travailleur et sa famille sont pris en charge gratuitement dans ces services de santé d'entreprise. Certaines grandes sociétés du Cameroun telles que HEVECAM, SONARA, CDC, CAMRAIL, SODECOTON, ALUCAM, CAMTEL, SONEL, SNI, etc. disposent des services de santé pour leurs employés. Les structures de ces services diffèrent d'une entreprise à l'autre.
- Soit sur la base d'une convention passée entre l'entreprise et un ou plusieurs établissements hospitaliers privés ou publics, et entre l'entreprise et une ou plusieurs pharmacies privées.

En 2012, la proportion des dépenses des services de santé financés par les entreprises dans les dépenses totales de santé était de 2,2%, soit un montant de 14 804 millions FCFA.⁶⁶ D'autre part, tout travailleur régi par le Code du travail et affilié à la Caisse Nationale de Protection Sociale (CNPS) bénéficie d'une couverture pour les accidents de travail et les maladies professionnelles. La CNPS

⁶⁶ INS, Comptes Nationaux de la Santé, 2012

collecte les cotisations à cet effet et en assure la gestion, la prise en charge des cas où le remboursement des frais. Le tableau 20 présente les données de prise en charge des accidents de travail chez les travailleurs affiliés à la CNPS entre 2010 et 2014.

Tableau 20: Couverture des frais médicaux liés aux accidents de travail par la CNPS entre 2010 et 2014.

Année	Nombre d'assurés sociaux	Montant des cotisations pour la branche accident de travail (en FCFA)	Nombre de cas d'accidents de travail enregistrés	Montant dépensé pour couvrir les dossiers aboutis (en FCFA)
2010	556 780	16 008 102 185	850	30 388 443
2011	580 227	17 078 126 890	1 402	644 207 764
2012	624 764	18 209 354 882	1 636	715 559 489
2013	683 365	19 609 173 076	2 186	995 866 473
2014	753 993	19 979 503 783	1 720	1 598 711 880

Source : Tableau construit à partir de la base des données de la CNPS.

Le tableau 21 présente les données de prise en charge des maladies professionnelles chez les travailleurs affiliés à la CNPS entre 2010 et 2014.

Tableau 21: Couverture des frais médicaux liés aux maladies professionnelles par la CNPS entre 2010 et 2014.

Année	Nombre d'assurés sociaux	Montant des cotisations pour la branche MP (en FCFA)	Nombre de cas de maladies professionnelles enregistrés	Montant dépensé pour couvrir les cas (en FCFA)
2010	556 780	16 008 102 185	0	0
2011	580 227	17 078 126 890	0	0
2012	624 764	18 209 354 882	12	3 185 734
2013	683 365	19 609 173 076	2	737 403
2014	753 993	19 979 503 783	1	9 249 208

Source : Tableau construit à partir de la base des données de la CNPS.

Etant donné que la couverture par les services médicaux d'entreprise et la CNPS est limitée soit aux soins de base (services médicaux d'entreprise), soit aux accidents de travail et aux maladies professionnelles (CNPS), certaines entreprises ou certains travailleurs souscrivent à l'assurance maladie privée dans des compagnies d'assurance ou mettent en place des mutuelles qui offrent une certaine couverture maladie aux travailleurs et à leurs familles.

2.2. Forces

Ce dispositif permet de couvrir les travailleurs du secteur formel privé et parapublic pour les soins de base, les accidents de travail, les maladies professionnelles, et dans une certaine mesure les soins de haut niveau. Il a permis de prendre en charge un certain nombre d'accidentés de travail et de victimes de maladies professionnelles.

2.3. Faiblesses

- La sous-déclaration des employés à la CNPS par les employeurs.

- La sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles.
- L'inexistence des services médicaux d'entreprise ou de convention avec les établissements hospitaliers privés ou publics et les pharmacies privées, dans bon nombre d'entreprises.
- Le refus de certains employeurs de mettre en place des mutuelles de santé pour les employés ou de souscrire en leur faveur une assurance maladie privée.

2.4. Défis

Les principaux défis sont de veiller :

- Au respect par les employeurs des dispositions de la Loi portant code du travail en ce qui concerne les services médicaux d'entreprise.
- A la déclaration/affiliation de tous les employés auprès de la CNPS.
- A la sensibilisation des employés sur leurs droits.

3. Le dispositif des travailleurs de l'économie informelle et rurale.

3.1. Caractéristiques

Les travailleurs de l'économie informelle s'organisent autour des structures communautaires telles que les mutuelles, les coopératives, les associations ou les groupes de tontines conformément aux Lois N°90/053 du 19 décembre 1990 portant liberté d'association et N°92/006 du 14 août 1992 portant sur les coopératives.

En 2010, dans le cadre de la mise en œuvre de la SSS 2001-2015 et du Plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé, le MINSANTE avait accompagné la mise en place de 158 mutuelles de santé à base communautaire mais qui ne couvraient que 1,3 % de la population nationale alors que les travailleurs de l'économie informelle et rurale représentent 90% de la population. Ce nombre a diminué en 2014, passant de 158 à 43 mutuelles actives couvrant seulement 63.000 personnes, soit 0,2% de la population nationale.⁶⁷

L'affiliation à une mutuelle de santé se fait sur la base d'une adhésion volontaire pour une contribution annuelle de 3 000 à 5 000 FCFA par personne. Une contribution de 10 à 50% des frais des services de santé est à la charge du patient, le reste étant supporté par la mutuelle.⁶⁸ Ces cotisations sont payables en plusieurs tranches dans la grande majorité des mutuelles. Certaines mutuelles utilisent le principe de la tontine pour faciliter la collecte des cotisations.

Les tontines classiques pratiquées dans les groupes associatifs qui sont assez répandus dans les communautés constituent une épargne mobilisable en cas de besoin en faveur du contributeur et qui peut servir pour le paiement des soins de santé.

⁶⁷ MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027

⁶⁸ MINSANTE, Rapport Etude OASIS, 2016

3.2. Forces

D'une manière générale, les mécanismes et procédures utilisés par les mutuelles sont adaptés aux populations des secteurs informel et rural. Cela constitue une force dans la proximité avec les adhérents et la collecte des contributions.

3.3. Faiblesses

Les principales faiblesses constatées sont les suivantes :

- L'application des montants forfaitaires de cotisation par les mutuelles ne permet pas d'instaurer une équité contributive entre les adhérents ;
- Etant donné que l'initiative du paiement de la cotisation appartient à l'adhérent, cela aboutit généralement à une irrégularité, voire à des retards importants dans le versement de la cotisation, ce qui met les mutuelles en difficulté de liquidité ;
- Le grand nombre et la diversité des modes de gestion des mutuelles montrent une grande fragmentation du dispositif ;
- La répartition géographique disproportionnée est en faveur des zones urbaines ;
- L'absence d'un cadre juridique spécifique aux mutuelles de santé donne lieu à des règles de fonctionnement disparates ;
- La supervision des mutuelles de santé est irrégulièrement assurée par les structures institutionnelles des départements ministériels en charge ;
- Les capacités managériales et techniques des gestionnaires des mutuelles sont insuffisantes, d'où les multiples dysfonctionnements notés et l'accumulation des dettes envers les prestataires de soins.⁶⁹

3.4. Défis

- Elaboration d'un cadre juridique spécifique pour les mutuelles de santé ;
- Renforcement des capacités techniques et managériales des gestionnaires des mutuelles de santé ;
- Supervision régulière et audit des mutuelles de santé ;
- Promotion des mutuelles de santé sur toute l'étendue du territoire national.

4. Le dispositif des indigents et autres nécessiteux.

4.1. Caractéristiques

Le décret N°82/412 du 09 septembre 1982 a fixé les modalités d'octroi des secours de l'Etat aux indigents et aux nécessiteux. L'article 1^{er} de ce décret stipule que sous réserve des cas relevant du régime de la protection civile, toute personne physique de nationalité camerounaise réputée indigente ou nécessiteuse peut prétendre au bénéfice des secours.

En application de ce décret, le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) a octroyé jusqu'en 2010 des aides et secours aux personnes indigentes et nécessiteuses notamment les appuis financiers

⁶⁹ MINSANTE/DPS, Rapports de supervision

pour des cas de maladie, et des appuis aux parents à l'occasion des naissances multiples (triplets et plus).

Depuis 2010, avec la loi sur la décentralisation de 2004 et le décret d'application N°2010/0243/PM du 26 février 2010 fixant les modalités d'exercice des compétences transférées par l'Etat aux communes en matière d'attribution des aides et des secours aux indigents et aux nécessiteux, en plus de la poursuite de l'application des modalités du décret N°82/412 du 09 septembre 1982, le MINAS met à la disposition d'un certain nombre de Communes (221 précisément jusqu'en 2013 et 224 en 2014), un montant annuel moyen de 190.000.000 FCFA pour la prise en charge des personnes socialement vulnérables. Le tableau 22 présente les données sur les montants des aides et secours accordés et des transferts effectués entre 2010 et 2014.

Tableau 22: Aides médicales, aides aux naissances multiples et transferts des fonds aux Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD) par le MINAS entre 2010 et 2014.

Année	Aides médicales		Aides aux naissances multiples		CTD ayant reçu les transferts	
	Nombre	Montant (FCFA)	Nombre	Montant (FCFA)	Nombre	Montant (FCFA)
2010	173	121 604 760	14	3 500 000	221	215 500 000
2011	81	59 973 507	11	2 750 000	221	179 100 000
2012	108	77 196 150	07	900 000	221	186 400 000
2013	73	36 075 500	09	3 900 000	221	186 400 000
2014	94	84 110 896	15	4 283 260	224	188 780 000
TOTAL	529	378 960 813	56	15 333 260	/	956 180 000

Source : Tableau construit à partir de la base des données du MINAS.

A partir de 2015, le MINAS a cessé d'accorder directement les aides médicales et les aides aux naissances multiples et se concentre désormais uniquement sur les transferts de fonds aux communes. C'est ainsi qu'en 2016, il est prévu 1 500 000 FCFA par Commune pour un total de 115 communes, soit 157 500 000 FCFA au titre des appareillages, et 26 250 000 FCFA au titre des appuis multiformes pour 32 communes.⁷⁰

Dans le cadre de la solidarité gouvernementale, le MINAS recommande également à titre exceptionnel au MINSANTE la prise en charge médicale de certains malades pour lesquels l'enquête sociale a démontré une détresse et une indigence avérées. Au niveau déconcentré, les chefs de service de l'action sociale auprès des hôpitaux chargés de faciliter la prise en charge médicale des malades à travers le soutien psychosocial, accompagnent particulièrement les malades indigents à obtenir les exonérations totales ou partielles des frais ou des actes médicaux, des moratoires ou des évacuations sanitaires. Les formations sanitaires offrent les soins aux malades éligibles et envoient les factures aux services sociaux (pour les hôpitaux) ou à la Commune pour les centres de santé pour remboursement.

4.2. Forces

Le dispositif de prise en charge des soins de santé des indigents et nécessiteux existe avec des lignes budgétaires prévues dans plusieurs départements ministériels. Au MINAS, entre 2010 et 2014, ce dispositif a permis de prendre en charge 529 personnes pour les aides médicales pour un montant total de 378 960 813 FCFA (soit une moyenne de 716 372 FCFA par personne).

⁷⁰ MINAS, Base de données 2016

4.3. Faiblesses

- Les fonds alloués aux Collectivités Territoriale Décentralisées (CTD) dans le cadre de la décentralisation pour les indigents sont insuffisants par rapport aux besoins. En plus, ces fonds ne sont pas spécifiquement alloués à la prise en charge des problèmes de santé des indigents.
- Dans le contexte de la décentralisation, la faible synergie entre les services sociaux, les services de santé et les communes est l'une des difficultés majeures dans la facilitation de l'accès des indigents aux soins de santé.
- La remontée des communes vers le MINAS des informations sur la gestion des fonds transférés reste un challenge.
- Le mécanisme de soutien des malades indigents pour obtenir les exemptions totales ou partielles des frais des actes médicaux, les moratoires ou les évacuations sanitaires, est peu fonctionnel car lent et incluant plusieurs démarches administratives pour vérification, contrôle et validation.

4.4. Défis

- Déterminer la population indigente dans les CTD et au niveau national.
- Adapter le montant des fonds alloués aux CTD dans le cadre des transferts pour les mettre en cohérence avec les besoins.
- Harmoniser les politiques de prise en charge des indigents.
- Mettre en place un système d'information sur la prise en charge des indigents.
- Alléger et rationaliser les procédures de soutien des malades indigents à obtenir les exemptions totales ou partielles des frais des actes médicaux, les moratoires ou les évacuations sanitaires.

5. Les dispositifs des femmes enceintes : l'exemple du chèque santé

Le chèque santé est une initiative du MINSANTE sur financement du Contrat de Désendettement (C2D) et des fonds de la coopération allemande. Il vise à réduire la mortalité maternelle et néonatale par la mise en œuvre d'un mécanisme de prépaiement, permettant à la femme enceinte d'être suivie tout au long de sa grossesse, d'avoir un accouchement sécurisé et de bénéficier, elle et son bébé, d'un suivi postnatal. Sa zone d'intervention couvre certains districts et certaines aires de santé pilotes dans les trois régions du septentrion pour la période 2015 – 2018. Sa mise en œuvre a été confiée au groupement CIDR/CARE.

Pour son mode opératoire, une femme enceinte paie le montant de 6 000 FCFA et en contrepartie, elle reçoit un papier appelé Chèque santé, subdivisé en plusieurs coupons qui correspondent aux soins couverts. Il s'agit des consultations prénatales, de l'échographie, des complications de la grossesse, de l'accouchement et de ses complications, de la consultation postnatale pour la mère et le nouveau-né. En plus de ces prestations médicales, le chèque santé offre à sa détentricice un dispositif d'alerte activé en cas d'urgence dans la communauté. Ce dispositif comprend : (i) la saisine de la formation sanitaire qui accueillera la femme enceinte, (ii) le transport et (iii) l'accompagnement par une matrone-référente communautaire jusqu'à la formation sanitaire accréditée la plus proche.⁷¹

⁷¹ CIDR, Description du chèque santé

Après l'achat du chèque santé à 6 000 FCFA, la femme enceinte est prise en charge gratuitement pour tous les soins prévus, dans l'une des formations sanitaires accréditées et conventionnées par le Projet. Néanmoins, il convient de distinguer le prix d'achat du chèque santé du coût réel de toutes les prestations prises en charge durant la grossesse et au-delà par le système, lequel est estimé à 60.000 FCFA. La participation financière exigée de la femme enceinte ne représente donc que 10% du coût réel des prestations qu'elle reçoit. L'importante différence entre la contribution de la femme et le coût réel est supportée conjointement par le Gouvernement camerounais (en termes de prise en charge du personnel soignant), les fonds C2D (mise en œuvre assurée par l'AFD), et les fonds de la Coopération allemande (mise en œuvre assurée par la KfW).

5.1. Forces

Ce dispositif permet d'améliorer l'accès aux soins pour les femmes enceintes et les nouveau-nés. Le chèque santé cible les régions où la mortalité maternelle est la plus élevée et pourra permettre à terme de réduire cette mortalité maternelle, voire la mortalité néonatale.

5.2. Faiblesses

- Ce dispositif n'est pas équitable dans la mesure où le prix du chèque est unique pour toutes les femmes enceintes indépendamment de leur pouvoir d'achat.
- Il ne cible que quelques aires de santé dans quelques districts de santé dans seulement trois régions du pays sur dix.
- Il est financé prioritairement par des fonds extérieurs et peut poser le problème de pérennité après la phase pilote.

5.3. Défis

- Mettre la cohérence entre ce dispositif et les autres mécanismes de protection existants.
- Étendre ce dispositif à l'ensemble du territoire national.
- Remplacer les financements extérieurs par des financements nationaux.

6. Les dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé.

6.1. Caractéristiques

Plusieurs dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé sont mis en œuvre au Cameroun dans les programmes de santé publique ou d'offre des soins. Ces dispositifs concernent certaines maladies ou certains problèmes de santé et ciblent soit toute la population, soit une catégorie spécifique de la population (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, enfants scolarisés de moins de 15 ans, adolescentes de 9 à 13 ans, femmes en âge de procréer, hommes à partir de 50 ans). Il existe au total une trentaine de dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé ayant des modalités de mise en œuvre et des sources de financement diverses. Le tableau 23 décrit les caractéristiques de ces dispositifs : populations cibles, coût estimatif par traitement et coût approximatif total pour le système de santé.

Selon ces estimations, le coût total des subventions et gratuités se chiffrait à 110 milliards FCFA en 2015. A l'heure actuelle, ce coût est en grande majorité supporté par les bailleurs de fond, mais certaines subventions, notamment pour les maladies non transmissibles, sont entièrement supportées nationalement. Les mécanismes qui coûtaient le plus cher au système de santé en 2015 étaient : la subvention des hémodialyses (35,5 milliards), la gratuité de la vaccination (20,4 milliards), la gratuité des ARV (19,0 milliards) et la subvention de la chimiothérapie (11,2 milliards).

Tableau 23: Description des caractéristiques des dispositifs de gratuité et de subventionnement des services et soins de santé

Mécanismes de gratuité ou subventions	Catégorie de population couverte	coût approximatif par traitement (FCFA)	Estimation population cible 2015	coût approximatif du mécanisme en 2015 (FCFA)
Gratuité des services de vaccination	Enfants de 0-5 ans	24 476	832 873	20 385 718 541
Subvention de la supplémentation en VitA dans le cadre des SASNIM	Enfants de 6 à 59 mois	10-15	ND	ND
Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigüe/sévère	Enfants 0-5 ans	50 000	45 000	2 250 000 000
Gratuité de la prise en charge de la malnutrition aigüe modérée	Enfants 0-5 ans	10 000	101 000	1 010 000 000
Gratuité du dépistage du VIH dans le cadre de la PTME	Femmes enceintes, conjoints et enfant de 0-5 ans	1 323	3 293 655	4 358 927 857
Gratuité des ARV adultes (incluant option B+)	Adultes VIH+	73 231	258 398	18 922 725 031
Gratuité des ARV pédiatrique	Enfants VIH+	119 868	17 990	2 156 450 297
Gratuité traitement des infections opportunistes	PLWHIV	4 929	247 654	1 220 685 501
Gratuité PTME (enfant)	Enfants nés de mère VIH+	6 698	48 144	322 481 050
Gratuité PTME (diagnostic précoce)	Enfants nés de mère VIH+	15 559	45 737	711 624 055
Gratuité de la prise en charge de la tuberculose	Malades tuberculeux	46 500	19 141	890 078 049
Gratuité de la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans et subvention chez les plus de 5 ans et les adultes (ACT)	Malades	225	2 529 785	569 201 515
Gratuité du test de diagnostic rapide du paludisme	Enfants 0-5 ans (gratuit), autres malades (subvention)	100	3 800 851	380 085 091
Gratuité du TPI pour la femme enceinte	Femmes enceintes	342	1 663 478	568 909 485
Gratuité de la chimio-prophylaxie du paludisme saisonnier	Enfants de 3 à 59 mois (régions Nord et Extrême Nord)	577	1 094 049	631 572 866
Gratuité et subvention de la prise en charge du paludisme par l'artésunate injectable ou l'artémether injectable	Enfants 0-5 ans (gratuit), femmes enceintes à partir du 2ème trimestre (4000FCFA), autres malades (8000FCFA)	4 400	313 918	1 381 238 013
Gratuité des MILDA en routine aux femmes enceintes + campagnes pour toute la population	Population générale	1 640	ND	ND
Gratuité de la prise en charge de la lèpre	Malades	12 000	737	8 843 700
Gratuité de la prise en charge de l'Ulcère de Buruli	Malades	100 000	129	12 915 000
Gratuité du traitement du trachome	Malades (régions Extrême Nord et Nord)	313	979 862	306 206 953
Gratuité de la chirurgie du trachome / Trichiasis	Malades répertoriés	150 000	3 500	525 000 000
Gratuité du traitement préventif de l'Onchocercose	Populations exposées	14	6 906 710	96 693 945

Gratuité du traitement de la filariose lymphatique	Malades	500	10 455 000	5 227 500 000
Gratuité de la prise en charge des complications filariose lymphatique / chirurgie hydrocèle	Malades répertoriés	200 000	1 000	200 000 000
Gratuité de la prise en charge des helminthiases intestinales	Malades	250	2 888 450	722 112 500
Gratuité de la THA	Malades	ND	ND	ND
Gratuité de la prise en charge de la schistosomiase	Malades	200	2 882 300	577 670 566
Subvention de la chimiothérapie	Malades cancéreux	100 000/ malade/séance	14 000	11 200 000 000
Subvention des hémodialyses	Malades insuffisant rénaux	35 500	1 000 000	35 500 000 000
Subventions de la transfusion sanguine	Malades ayant besoin d'une transfusion sanguine	ND	ND	ND
ESTIMATION DU COUT TOTAL 2015 (FCFA)				110 136 640 015

Source : Tableau construit à partir des données collectées lors des travaux de définition de l'architecture CSU

6.2. Forces

- Ces dispositifs améliorent l'accès aux soins pour les populations bénéficiaires et pour des pathologies dont la prise en charge est parfois complexe et très coûteuse
- Permettent de capter les financements extérieurs
- Améliorent la visibilité des actions de santé publique
- Participent à la lutte contre la pauvreté et améliore le sentiment de solidarité nationale.

6.3. Faiblesses

- Puisque ces dispositifs sont financés essentiellement par les partenaires techniques et financiers, ces services ou soins gratuits ou subventionnés pourraient souffrir des problèmes de pérennité du financement et de motivation du personnel.
- Les services et soins de santé gratuits ou subventionnés restent peu accessibles aux populations appartenant aux couches socio-économiquement défavorisées et ce sont les plus aisés qui en bénéficient le plus.
- En général, certains de ces services et soins gratuits ou subventionnés sont offerts uniquement dans les formations sanitaires publiques ou dans les grandes métropoles.

6.4. Défis

- Mobiliser plus de ressources locales et si possible remplacer le financement extérieur par le financement national pour assurer la pérennité des dispositifs de gratuité et de subventionnement.
- Mettre en cohérence ces multiples dispositifs par la mise en commun de leurs fonds pour apporter plus d'efficacité au système de santé.

CHAPITRE IV: Points clefs

- Le Cameroun ne dispose pas d'un système de protection sociale en santé intégré pour l'ensemble de la population
- Plusieurs dispositifs de protection sociale en santé existent pour différentes populations cibles
- Le niveau de couverture globale de la population en assurance maladie reste très faible
- Il existe 30 mécanismes de gratuités et subventions, pour un coût total de 110 milliards FCFA principalement financé par les ressources externes

Chapitre V. Economie politique des réformes de financement et enjeux futurs

1. La gouvernance du secteur de la santé

Les insuffisances de la gouvernance du secteur de la santé se manifestent à différents niveaux et impactent négativement l'accessibilité et la qualité des soins curatifs dispensés ainsi que des services préventifs et des activités de promotion de la santé.⁷²

1.1. Gestion des formations sanitaires

La gestion des formations sanitaires est peu efficace et vulnérable aux abus et à la corruption, que ce soit au niveau de la planification, de la gestion des ressources financières et humaines, l'acquisition et la gestion des médicaments et du matériel médical, ou de la construction des infrastructures. La gestion des instruments de redevabilité et du système de quotes-parts est complexe et opaque ; et ces ressources ne sont pas toujours utilisés à bon escient. De surcroît, les mécanismes de supervision, d'audit et vérification, de suivi-évaluation et contrôle social communautaire ne sont pas pleinement mis en œuvre. Enfin, les paiements informels dans les formations sanitaires sont répandus et représenteraient environ 10% des dépenses des ménages. Ces nombreux éléments ont un impact négatif sur l'utilisation des financements mobilisés et sur l'accessibilité et la qualité des soins. La vente illicite de médicaments, la surfacturation ou la facturation informelle des soins et la pratique de type « cabinets privés » au sein des formations sanitaires publiques ont dégradé directement l'accessibilité et la qualité des soins dispensés. Dans le milieu hospitalier, la gestion des ressources financières générées est réputée peu transparente.

La mise en œuvre du partenariat public-privé est également confrontée à d'importantes contraintes structurelles et organisationnelles, notamment : (i) la forte centralisation qui complique la gestion des partenariats sur le terrain malgré la déconcentration administrative au niveau de la région et du district; (ii) la circulation laborieuse de l'information qui nuit à la prise de décision; (iii) les insuffisances de la formation du personnel en particulier au niveau opérationnel; (iv) la pénurie de ressources et de mécanismes concrets de suivi - évaluation et de supervision spécifiques des partenariats public-privé.

1.2. La décentralisation

Le Cameroun a fait le choix de la décentralisation de la responsabilité autour des questions de santé vers les municipalités selon les lois et décrets portant sur la décentralisation de 2004 et 2010. La décentralisation des services de santé est elle-même articulée autour du district de santé, comme le recommande le Bureau Régional Afrique de l'OMS dans le cadre de l'Initiative de Bamako en 1987. La réforme engagée avec la Déclaration de Réorientation des Soins de Santé Primaires (1993) demeure inachevée. Les chantiers de réforme abandonnés et la juxtaposition de multiples dispositifs législatifs et règlementaires constituent un terrain fertile qui alimente les attermoissements observés dans la responsabilité réelle des municipalités, des structures de dialogue, des comités de santé, des conseils d'administration et comités de gestion des formations sanitaires et des responsables des

⁷² Banque Mondiale, Rapport sur le Secteur de la Santé au Cameroun, 2013

services socio-sanitaires déconcentrés. De surcroît, le découpage des districts de santé n'obéit pas à la quête d'efficience.

Bien que les ménages financent en grande partie les dépenses de santé, leur participation dans le processus de planification, identification des priorités, évaluation des performances, contrôle de la corruption et la sanction des manquements et fautes de gestion reste limitée. En général, les évolutions politiques, sociales et technologiques survenues depuis une vingtaine d'années une relecture de la loi-cadre de la santé afin de l'aligner aux principes établis par les lois et décrets relatifs à la décentralisation, ainsi qu'aux changements déclenchés par l'ouverture de la formation des professionnels de la santé au secteur privé.

En général, le document de travail sur la gouvernance⁷³ met en lumière le caractère approximatif et intéressé dans la collaboration entre les autorités centrales et déconcentrées, et avec les représentants communautaires au premier rang (dont les responsables municipaux et associatifs).

1.3. Cadre fiscal et régulation

La mise en œuvre du régime fiscal spécial octroyé aux formations sanitaires publiques n'a été planifiée et effectuée que partiellement, bien que ce régime ait été défini il y a bientôt une vingtaine d'années. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'évaluation pour les programmes et projets de santé prioritaires successifs hérités de la période d'ajustement structurel. L'introduction du recouvrement des coûts a transformé les formations sanitaires publiques en « cliniques » et le recours généralisé aux paiements en liquide constitue un terreau propice aux paiements informels et abus. Les fonds issus du niveau central destinés à la construction et la rénovation des infrastructures et à l'achat des équipements ne sont pas budgétés dans une logique privilégiant l'efficience et la réduction des iniquités. L'attribution de ces fonds est par ailleurs décidée sans concertation avec autorités locales et par conséquent est souvent jugée arbitraire et inefficace par les soignants et les gestionnaires. Il n'y a pas de mutualisation des ressources entre les différents silos (programmes de gratuité, de subvention) et le ciblage de ces ressources est insuffisant, perpétuant l'inefficience et les iniquités. En effet, les régions avec les mauvais indicateurs de santé ne reçoivent pas toujours l'attention et les ressources nécessaires.

En conclusion, la provision des soins de santé au Cameroun est fortement privatisée et faiblement régulée et souffre d'imperfections importantes, dont les conséquences les plus saillantes sont l'inefficience et les iniquités frappant au premier plan les populations les plus vulnérables (personnes âgées, femmes et enfants, milieu rural).

1.4. Perception par la communauté

En parallèle, une large majorité de Camerounais a perdu confiance dans le secteur de la santé comme secteur exhibant les valeurs d'équité, d'humanisme et de justice sociale. Les soignants et gestionnaires au sein des services sanitaires se sentent contraints et incapables d'innover au niveau local du fait de la forte centralisation bureaucratique du secteur. Les décisions en termes d'orientation des politiques publiques sont effectuées au niveau central et largement influencées par des facteurs externes tels que les initiatives mondiales de santé dotées de ressources

⁷³ Banque Manque, KIT, Analyse de la gouvernance du secteur de la santé au Cameroun 2010

financières. L'espace de décision des bureaucrates lorsqu'il existe est restreint aux choix managériaux. Au niveau opérationnel, les relations entre professionnels de la santé répondent parfois à une logique marchande. Les intérêts organisés sont représentés par les syndicats (pharmaciens, médecins, personnels médico-sanitaires). Les municipalités ne perçoivent pas toujours la légitimité de leur responsabilité sur les questions de santé. La société civile non professionnelle demeure en marge de la conception des options politiques ne participant qu'aux consultations pour endosser ou valider les options proposées par les bureaucrates.

Le débat politique est faible sur les questions et choix structurants du secteur de la santé alors même que la santé est inscrite dans plusieurs documents cadre de la politique de développement du Cameroun comme une priorité stratégique pour la formation du capital humain, l'industrialisation, et la réduction de la pauvreté. Par exemple, le document de stratégie de réduction de la pauvreté (2003-2007) intégrait la stratégie sectorielle de la santé adoptée en 2001 comme pilier essentiel bâti autour de programmes prioritaires verticaux de santé publique bénéficiant de financements extérieurs. Le document de stratégie pour la croissance et l'emploi (2010-2020) précisait également que l'objectif de la stratégie sectorielle de la santé était l'accès universel aux services et soins de santé de qualité à travers l'amélioration de l'offre et le financement/la stimulation de la demande par des mécanismes de mutualisation du risque maladie. Cependant, il convient de noter que le récent plan d'urgence pour l'accélération de la croissance (adopté en 2015) ne mentionne pas explicitement le secteur de la santé comme secteur structurant productif.⁷⁴

Les organisations civiles s'investissent essentiellement à travers le contrôle de l'exécution des marchés publics et le plaidoyer. La société civile participe également régulièrement aux commissions chargées du contrôle et de l'exécution du BIP et des marchés publics. Quelques organisations s'affirment dans le plaidoyer pour le financement de la santé et des antirétroviraux.⁷⁵

2. Perception de l'engagement politique de l'Etat sur le financement de la santé

La communication gouvernementale sur le financement de la santé se focalise sur le financement des projets, négligeant au passage la communication sur le financement plus général du secteur. Dans ce sens, les avis recueillis relèvent que les programmes de gratuités sur les antirétroviraux, le traitement de la tuberculose et le paludisme de la mère et de l'enfant ravissent l'attention malgré le manque d'attention porté aux formations sanitaires, et le caractère non exhaustif de leur prise en charge. Cette attention particulière est justifiée par le caractère 'matériel' de ces programmes. Le financement intérieur des investissements en matière de santé porte surtout sur les infrastructures sans suffisamment envisager le fonctionnement optimal des structures et services créés. Ces avis ont été recueillis dans une enquête d'opinion portant sur les perceptions des acteurs de la santé qui a été effectuée en juin/juillet 2016.

Selon cette même enquête, la coordination multisectorielle du secteur est loin d'être satisfaisante. La fragmentation est de règle, comme en témoigne la multiplicité des organes de

⁷⁴ Le Ministre de la Santé publique, André Mama Fouda, a annoncé la construction d'une dizaine d'hôpitaux modernes «dans les deux prochaines années». Deux de ces hôpitaux seront financés par la Corée et le Japon et les huit autres par les fonds publics issus du Plan d'urgence triennal pour l'accélération de la croissance du Cameroun.

⁷⁵ C'est le cas des associations « Coalition 15% » et « Positive Generation »

coordination (ex. Unité de Coordination du Programme Conjoint AFD/KfW, Instance de Coordination du Fonds Mondial, Unité technique du Financement Basé sur la Performance).

Il ressort de l'analyse des forces politiques et sociales⁷⁶ que le niveau d'engagement politique de l'Etat sur le financement de la santé reste relativement faible et cantonné sur l'organe exécutif de tutelle du secteur et sur certains aspects bien définis. En cohérence avec cette opinion, une grande majorité des enquêtés affirment que le volume des ressources allouées au secteur reste plutôt limité. Cependant, relativement peu d'entre eux estiment que leur réallocation au sein du secteur est pertinente et objective. Bien qu'ils perçoivent une attention à la hausse de la part du politique sur le sujet du financement de la santé, certains soulignent l'absence de mécanisme de coordination et de politique de financement du secteur. En grande majorité, ils s'accordent tout de même sur le fait que de tels instruments sont en cours d'élaboration. Cette dernière opinion dénote l'approche inclusive qui prévaut actuellement à l'élaboration de la stratégie du financement de la santé.

3. Perceptions sur les opportunités de financement de la santé dans l'agenda politique

Les personnes enquêtées lors de l'étude d'analyse politique étaient également invitées à livrer leur perception sur les programmes qu'ils estiment le plus (et le moins) appuyés dans le secteur de la santé. Il a été observé que les programmes appuyés par le Fonds Mondial (principalement le VIH/SIDA) sont les mieux financés (78%). Les autres programmes cités comme les plus appuyés sont liés à la santé maternelle, au programme élargi de vaccination, au Financement Basé sur la Performance et aux infrastructures. Pour ce qui est des programmes perçus comme les moins appuyés, ceux concernant le paludisme (29%) et la tuberculose (4,8%) sont souvent cités (bien qu'ils soient également soutenus par le Fonds Mondial). Il faut relever que les programmes cités comme les moins appuyés sont amplement plus variés et concernent à la fois des interventions, des besoins et des bénéficiaires de santé (par exemple, soins aux indigents, transfusion sanguine, tuberculose, maladies tropicales négligées, enfant de la rue, lèpre, maladie chronique, nutrition).

Selon les commentaires recueillis au cours de l'étude sur l'économie politique du financement de la santé, les attentes sont élevées vis-à-vis de la couverture sanitaire universelle. Pour les uns, une initiative CSU bien ficelée devrait permettre de viabiliser le système de district de santé en évitant la fragmentation des paiements dans le circuit des soins qui a un effet négatif sur la gestion et mentalité dans les formations sanitaires. De plus, une telle initiative permettrait de lutter efficacement contre le médicament illicite qui diminue l'offre des soins de qualité dans le pays.

4. Perceptions sur certains aspects institutionnels liés au financement de la santé

D'après les avis recueillis lors de l'enquête d'économie politique⁷⁷, pour ce qui est des perceptions sur les opportunités pour le financement de la santé dans l'agenda politique, les avis exprimés estiment que l'approche actuelle du Cameroun consiste en la mise en œuvre de multiples initiatives isolées (visant différentes interventions, besoins et bénéficiaires) dont le budget est

⁷⁶Analyse d'économie politique, 2016

⁷⁷Banque Mondiale, Analyse de l'économie politique 2016

contraint par des moyens relativement limités. La collecte d'indicateurs sur le financement du secteur (quand ils sont disponibles) est jugée incomplète et leur utilisation est extrêmement faible au sein des medias. De plus, il semblerait que les faits divers relayés sur les réseaux sociaux attirent en masse l'attention du public sur la question du financement de la santé.

CHAPITRE V: Points clefs

- Plusieurs facteurs tels que la mauvaise gestion des ressources, corruption ou manque de sanction favorisent la dégradation du système de santé.
- Les besoins des populations ne sont pas suffisamment prise en compte lors de l'élaboration des projets de santé. La participation de la société civile à l'élaboration des programmes de santé demeure très modeste.
- La décentralisation n'est pas mise en œuvre clairement et correctement, ce qui constitue un terreau favorable à l'erreur et aux abus.
- La volonté politique n'est pas suffisante pour pousser l'application des lois et la communication de MINSANTE sur le secteur santé est limitée.

Chapitre VI. Expériences internationales

1. Introduction /Contexte

De nombreux pays ont entrepris d'importantes réformes du financement de leurs systèmes de santé, avec des résultats variables selon les pays.^{78,79,80,81,82}

En s'appuyant sur certaines des expériences internationales réussies, on peut retenir certains facteurs clés qui ont favorisé le succès de ces réformes (ayant notamment permis de développer substantiellement leurs systèmes de protection sociale en santé, à améliorer l'accès aux soins de santé et à rendre leurs systèmes de santé bien plus performants). Ces facteurs comprennent notamment:

- Une forte volonté politique pour mener les réformes du financement de la santé (par exemple, dans le cas des mutuelles communautaires au Rwanda) ;
- La mobilisation de ressources adéquates pour atteindre les objectifs ambitieux déclinés ;
- Un processus de mise en œuvre par phases ;
- Le renforcement de la coordination dans le secteur et vers une réforme avec une vision systémique (qui évite le problème de fragmentation);
- L'engagement dans les réformes du financement de la santé liées à la fois à l'offre mais aussi à la demande de santé ;
- S'appuyer sur des bases factuelles pour prendre des décisions ;
- Disposer ou mettre en place les dispositifs institutionnels adéquats et efficaces.

Afin de procéder à l'évaluation de la performance d'un système d'assurance maladie, l'OMS retient l'examen de 3 types d'indicateurs :

- la disponibilité des ressources de manière permanente (si les mesures en vigueur génèrent les ressources de manière permanente, l'indicateur est performant) ;
- le pourcentage de la population couverte par l'assurance maladie universelle (les pourcentages élevés sont associés à une meilleure performance) ;
- la couverture par groupe de population (il ne suffit pas de regarder le pourcentage de la population couverte, mais de voir aussi le niveau de participation des différentes catégories de la population. Plus large est la représentation, meilleure est la performance).

Aussi, est-il établi que la viabilité d'un système de protection sociale est liée à la bonne gestion des réserves issues des cotisations des personnes assurées, dans l'esprit d'éviter les crises de liquidité. La majorité des structures de protection sociale affichant de bons résultats effectuent des investissements dans des actifs rentables, dégageant ainsi des excédents. Cette méthode garantit à la fois le paiement à temps des droits des personnes affiliées, et une marge pour la gestion des dépenses de fonctionnement courant.

⁷⁸ OMS 2010

⁷⁹ Kutzin et al. 2010

⁸⁰ McPake et al. 2011

⁸¹ Meessen et al. 2011

⁸² McIntyre et al. 2013

Dans de nombreux pays africains, la réalité fait état d'une forte ingérence/intervention de l'Etat dans la gestion des caisses de prévoyance sociale et d'une utilisation de ces ressources pour le financement d'autres dépenses publiques sans lien direct avec les problématiques de protection sociale. On relève autrement que certaines structures de sécurité sociale effectuent des opérations contre-productives suite à des mauvais choix d'investissement, qui débouchent sur un affaiblissement de la disponibilité des liquidités.

Le concept de mutualisation du risque sanitaire n'est pas inédit sur le continent africain. En effet, il existait déjà depuis les indépendances, des systèmes de mutualité dans des pays, comme le Rwanda ou le Sénégal, bien que ceux-ci soient limités à la couverture des salariés du public et du privé. Par contre, l'Assurance Maladie Universelle (AMU) est un concept récent dans les pays africains qui s'y sont investis. L'assurance maladie universelle repose sur l'intention d'inclure dans les systèmes de mutualisation des risques les plus pauvres de la société. La mise sur pied d'une assurance maladie ou couverture sanitaire universelle exige une réflexion profonde sur son mode de financement.

Les modèles de CSU essentiellement axés sur la priorisation de la couverture pour certains groupes (comme au le Ghana, le Rwanda, le Bénin, le Mali et le Gabon) semblent être l'option à privilégier pour l'avenir, d'autant plus qu'ils sont arrimés aux dispositifs de l'Initiative de Bamako. Toutefois, les limites de ces modèles sont d'une part dues à la faiblesse des mécanismes institutionnels, notamment pour le ciblage et l'identification des populations réellement indigentes, et d'autre part la complexité des procédures administratives.

L'AMU existe et fonctionne avec des fortunes diverses dans 15 pays africains : Le Rwanda, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Sénégal, l'Ethiopie, l'Afrique du Sud, le Burkina-Faso, le Mali, le Bénin, le Djibouti, le Nigéria, la Tunisie, le Maroc.

La démarche adoptée dans ce chapitre a consisté à analyser les expériences de certains pays à économie de taille semblable (Rwanda, Gabon, Mali, Bénin, Sénégal, Burkina Faso Tanzanie, Afrique du Sud, Comores), à recenser les bonnes pratiques dans lesdits pays pour identifier/définir des sources de financement appropriées, en dégager les points forts et les points faibles, et enfin à identifier les leçons à tirer de ces expériences diverses et variées (annexe 3).

2. Architecture de la CSU

2.1. Organisation et Gouvernance

Notre revue de littérature a permis de distinguer 4 types d'architectures :

- La 1^{ère} : celle d'un organisme national chargé de recouvrer les fonds à partir des taxations nationales (TVA, Prélèvements sur les chiffres d'affaires des entreprises, prélèvements sur les revenus, Financements innovants (douanes, transferts bancaires, taxation téléphonique). Ces structures nationales ont des démembrements dans les régions (Gabon, Ghana, Bénin)
- Le 2^{ème} modèle est basé sur les mutuelles calquées sur le découpage sanitaire et/ou territorial. L'ensemble des mutuelles est coordonné par une structure nationale mais le recouvrement s'opère au niveau des mutuelles, tout comme les paiements. Le

recouvrement des mutuelles est complété par le budget de l'Etat qui peut être global, ou fonction du nombre d'individus par mutuelle (Rwanda, Ghana)

- Le 3^{ème} modèle est également basé sur les mutuelles, mais par corporation ; les mutuelles sont toujours coordonnées par une structure nationale. Les recouvrements et les paiements sont opérés par les mutuelles. Un financement de l'Etat complète ces fonds (Rwanda, Sénégal, Maroc)
- Le 4^{ème} modèle est celui basé sur les assurances privées, et le développement des mutuelles, qui assurent le recouvrement et les paiements (Afrique du Sud)

2.2. Fonctionnement

On relève la cohabitation de 2 cas de figure :

- Celui où il existe un texte réglementaire (Loi) rendant obligatoire pour les populations la souscription à une Assurance Maladie. Il y a unicité de caisse dans ce modèle. C'est le cas du Gabon, du Rwanda, du Maroc ;
- Celui où il existe un texte réglementaire non coercitif (volontaire) ; il y a pluralité de caisse dans cet autre cas, cela dépend des mutuelles. (Sénégal, Maroc, Rwanda)

Tous les modèles définissent des critères d'indigence et les modalités de prise en charge. Comme point commun, on relève aussi la mise en place de tickets modérateurs soit en fonction des pathologies, soit en fonction des corporations.

CHAPITRE VI: Points clefs

- De nombreux pays sont en phase de réformes du financement de leurs systèmes de santé
- Certains facteurs clés ont favorisé le succès de ces réformes dans ces pays : une forte volonté politique, une mobilisation des ressources adéquate, un processus de mise en œuvre par phases ; le renforcement de la coordination dans le secteur, l'engagement de réformes liées à la fois à l'offre mais aussi à la demande de santé, un appui sur des bases factuelles et des dispositifs institutionnels adéquats et efficaces.
- Il n'existe pas un modèle unique de CSU qui convienne à tous les pays. Chaque pays doit développer sa propre architecture et définir son propre mode de fonctionnement, basés sur ses spécificités.

Chapitre VII. Recommandations pour un financement équitable, efficient et pérenne

Domaine	Défi majeur	Recommandations
Équité	Les populations pauvres contribuent plus aux dépenses de santé que les populations riches, relativement à leurs revenus	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration du cadre de référence de la protection sociale au Cameroun selon une approche inclusive et très participative - Mise en place d'un système de prépaiement des soins et services de santé respectant les capacités contributives de chacun - Renforcement de la coordination des interventions de partenaires dans le domaine de la protection sociale en santé au Cameroun - Mise en commun les ressources locales et extérieures pour la protection sociale en santé - Mise en place de la base de données de l'indigence
Efficienc	Dysfonctionnements significatifs dans la planification et l'allocation du budget de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - Rééquilibrage dans l'allocation des ressources pour renforcer les niveaux périphériques et les régions et populations les plus vulnérables - Renforcement de l'efficacité des dépenses au niveau des prestataires de soins, notamment par l'attribution d'un budget global, accorder plus d'autonomie aux formations sanitaires et poursuivre la consolidation de l'approche PBF - Renforcement de l'approche programme à la budgétisation et exécuter le budget en partie en fonction des résultats et pas en fonction des biens/intrants - Généralisation de l'approche PBF qui contribuera notamment à l'amélioration de l'efficacité à travers l'achat stratégique, l'amélioration de l'information sanitaire et la mise à niveau des formations sanitaires via une plus grande autonomie aux formations sanitaires
Pérennité	Forte dépendance aux partenaires extérieurs pour le financement des programmes prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer fort pour l'appropriation des problématiques prioritaires de santé par le gouvernement afin d'assurer un engagement politique pour l'augmentation de la part du budget alloué au secteur Santé - Privilégier des financements mixtes/alternatifs avec un accent sur les financements innovants en cohérence avec le développement de l'espace mobilisable dans l'assiette fiscale - Mise en place un dispositif national de coordination des financements extérieurs
Gouvernance	Faible capacité de gestion à tous les niveaux de dépenses en santé	<ul style="list-style-type: none"> - Approfondissement des analyses sur les facteurs affectant la corruption et fraude dans le système de santé, afin de proposer des mesures adéquates pour lutter contre ce phénomène dans tout le système de santé - Renforcement de la gouvernance dans le système de santé pour améliorer la transparence dans la gestion et rendre le système fiable - Mise en place des mécanismes nationaux de suivi et des outils d'évaluation appropriés

Bibliographie

- Banque Mondiale, Analyse de l'Espace Budgétaire et de l'Efficiences allocative et technique au Cameroun, 2016
- Banque Mondiale, KIT, Analyse de la gouvernance du secteur de la santé au Cameroun 2010
- Banque Mondiale, Analyse de l'économie politique 2016
- Banque Mondiale, Rapport sur le Secteur de la Santé au Cameroun, 2013
- BIT, renforcer les rôles des programmes « accidents du travail et maladies professionnelles » pour contribuer à prévenir les accidents et les maladies sur les lieux de travail. 2013
- CIDR, Description du chèque santé
- Foute. 2014. Budget 2015, les priorités du Gouvernement. Cameroun Tribune. Edition du 26 Novembre 2014.
- INS, Comptes Nationaux de la Santé 2012
- INS, EDS-MICS 2011
- INS, MICS 2014
- INS, PETS II, 2010
- INS, Quatrième Enquête Camerounaise Après des Ménages (ECAM IV), 2014
- INS, Rapport du 3ème Recensement général de la population et de l'habitat, 2011
- INS/ICF. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Cameroun 2011. Calverton, Maryland, 2012
- Kutzin et al. 2010
- Langenbrunner, J., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (2009). Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington D.C.: World Bank Publications.
- Mc Intyre and Meheus, 2014
- McIntyre et al. 2013
- McPake et al. 2011
- Meessen et al. 2011
- MINAS, Base de données 2016
- MINEPAT, Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), 2010
- MINEPAT, Document de Stratégies pour la Croissance et l'Emploi (DSCE), 2010
- MINEPAT/UNFPA. Étude sur les conditions du bénéfice du dividende démographique au Cameroun, 2012
- MINFI, Lois de finances 2014, 2015, 2016
- MINSANTE, Rapport OASIS, 2016
- MINSANTE, Stratégie Sectorielle Santé 2016-2027
- MINSANTE/DPS, Rapports de supervision

- MINSANTE/PNLP, Mémoire de calcul pour l'estimation du coût du traitement du paludisme grave, 2014
- MINSANTE, DPS, Etude OASIS, 2016
- OMS, Global Expenditure Database
- OMS, http://www.who.int/topics/health_economics/fr/
- Présidence de la République du Cameroun, 2014. Circulaire N 001/CAB/PR du 02 Aout 2014 Relative à la préparation du budget de l'État pour l'exercice 2015
- UNDP, Cameroon Human Development Report 2014, 2015
- UNESCO, Examen National de l'éducation pour tous 2015
- WHO, Global Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>
- World Bank, 2014. <http://www.banquemondiale.org/fr/country/cameroon/overview>
- World Bank, Health Nutrition and Population Statistics, <http://databank.worldbank.org>
- World Bank, World Development Indicators, 2012

Annexes

1. Définitions des concepts

Budgétisation sur une logique de moyens

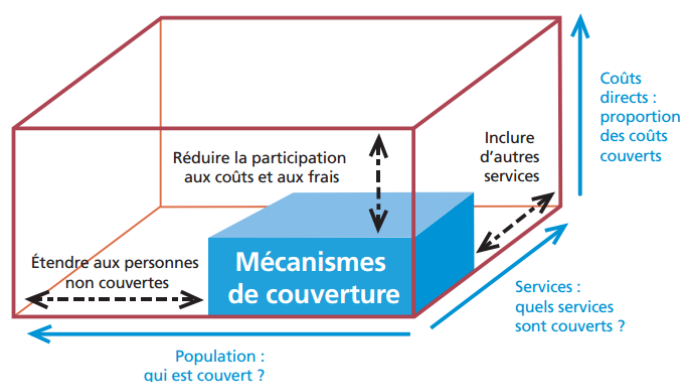
Le processus de budgétisation est très important puisqu'il permet d'attribuer des fonds pour la mise en œuvre de programmes de santé afin de répondre aux objectifs de santé établis à l'échelle nationale. Il existe plusieurs méthodes de budgétisation. Une approche très répandue consiste à attribuer des lignes de crédits budgétaires pour des dépenses bien déterminées. Ces crédits peuvent être calculés selon une estimation des besoins pour les administrations concernées ou indexés par rapport à une allocation historique (typiquement l'année précédente). L'utilisation de ces budgets est simple, lisible pour les gestionnaires des administrations, et facilite le contrôle des dépenses par le Trésor et Ministères. Cependant, il est réputé très inefficace et souvent dé-corrélé des besoins locaux.

A l'inverse, la logique budgétaire par programme consiste à attribuer les budgets dans le but de remplir un cahier des charges ou mettre en œuvre un programme (ex. objectif de vaccination des enfants). L'approche budget ne prend pas en compte l'achat d'intrants ou caractéristiques organisationnelles des administrations. Ainsi, l'utilisation des fonds provenant d'une approche programme est décidée par les institutions et n'est pas explicitement détaillée dans le budget. Bien que cette approche soit intuitivement beaucoup plus efficace, elle est plus difficilement mise en œuvre (projection et calcul des coûts est complexe) et n'offre pas la même traçabilité des fonds que les budgets définis sur une logique de moyens.

Couverture Santé Universelle

L'OMS définit la CSU comme un concept qui consiste à « veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». Cette définition tire ses racines d'une part de la Constitution de l'OMS adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et d'autre part de la stratégie mondiale de la santé pour tous lancée en 1979. Dans cet ordre d'idées, trois dimensions sont à considérer lors de la progression vers la CSU. Il s'agit notamment de :

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



Croissance inclusive

De nombreuses institutions internationales et pays ont fait de la croissance inclusive un des piliers de leur travail. Selon la Banque Mondiale, une croissance forte est nécessaire pour lutter contre le phénomène de pauvreté. Néanmoins, cette croissance doit concerner un large éventail de secteurs d'activités et bénéficier à tous les segments de la population (notamment aux pauvres). La Banque de Développement Asiatique va plus loin dans sa définition, affirmant que la croissance inclusive doit permettre à tous les membres de la société de bénéficier des nouvelles opportunités économiques issues de la croissance et œuvrer pour la réduction des inégalités d'opportunités (santé, éducation, nutrition, intégration sociale) dans la population. Ces définitions de croissance inclusive permettent de se focaliser sur les opportunités et le niveau de vie d'individus et de ménages plutôt que sur le système économique dans son intégralité.

Déclaration d'Alma-Ata

La déclaration d'Alma-Ata a été adoptée par tous les gouvernements à la première conférence internationale sur la santé primaire en 1978. Cette déclaration exprime le besoin urgent d'investir dans les soins de santé primaire afin de promouvoir une bonne santé pour tous les membres de la population. C'est le premier document qui met en avant l'importance de la santé primaire pour la provision des soins essentiels.

Efficiences allocative

Bien que la notion « d'efficiences allocative » soit couramment utilisée depuis plusieurs années, il n'y a pas de définition claire du terme appliqué à la santé. En économie, l'efficiences allocative désigne un point d'équilibre où la distribution des biens et services est « optimale », étant donné les préférences des consommateurs. Appliqué à la santé, Shiell, Donaldson, Mitton, & Currie (2002) décrivent l'efficiences allocative comme suit. Dans le domaine de la santé, les ressources sont limitées et, de ce fait, toutes les activités et investissements sont théoriquement « en compétition » car elles ne peuvent être toutes financées. En tenant compte d'un budget fixe, l'efficiences allocative est accomplie quand la combinaison de ressources physiques et humaines financées par ce budget produit le plus de gains en matière de santé.

Efficiences technique

L'efficiences technique fait référence à la façon dont les intrants (ressources humaines, médicaments, consommables, etc) dans le système de santé sont utilisés. L'efficiences technique est atteinte lorsque la combinaison de ces intrants donne le meilleur résultat possible sur l'état de santé de la population examinée.

Equité

L'OMS définit l'équité comme l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques.

Rochaix et Tubeuf (2009) définissent l'équité verticale et horizontale : L'équité verticale requiert que les inégaux soient traités inégalement. Si les individus diffèrent selon leur propension à payer, le

respect de l'équité verticale suggère que les plus riches contribuent davantage que les plus pauvres. L'équité horizontale correspond au principe de justice distributive selon lequel des individus égaux doivent être traités également. Ce principe stipule donc en matière de santé que des individus qui présentent des caractéristiques similaires en termes d'état de santé ou de pathologies reçoivent des prestations de soins similaires

Espace Budgétaire

L'expression « espace budgétaire » définit la marge qui permet au gouvernement d'affecter des ressources supplémentaires au secteur de la santé, sans mettre en péril la stabilité économique et financière du pays (notamment vis-à-vis de la viabilité de l'endettement) et le fonctionnement d'autres secteurs essentiels tels que l'éducation⁸³. Les études portant sur l'espace budgétaire pour la santé ont pour but d'aider chaque pays à mieux comprendre la provenance et le mode de financement de son système de santé et formuler des recommandations pour élargir l'espace budgétaire consacré à ce secteur. Plusieurs pistes sont communément étudiées : croissance de l'économie, croissance des ressources de l'Etat, redéfinition des priorités budgétaires au profit du secteur de la santé, optimisation de l'efficacité technique et allocative, et recours aux financements externes (dont emprunts).

Initiative de Bamako

La conférence de Bamako s'est déroulée en 1987 et a réuni tous les ministres de la santé africains sur le thème de la santé primaire (sous l'égide de l'OMS et UNICEF). Elle s'est conclue avec la signature et adoption de l'Initiative de Bamako par ces mêmes ministres. Cette initiative vise à élargir l'accès aux soins de santé primaires en mettant en place un paquet de soins minimum pour répondre aux besoins sanitaires de base. Cette initiative promeut la participation des communautés dans le financement direct de la gestion et des achats de stocks de médicaments, ou en d'autres termes, du concept de 'recouvrement de coûts' (sur la base d'une liste des prix pour les interventions les plus communes). Le but de cette initiative était de redynamiser le développement et le fonctionnement des structures sanitaires en milieu rural par le financement communautaire, ainsi que par les fonds du gouvernements et de partenaires financiers internationaux. De vives critiques ont toutefois été soulevées, notamment vis-à-vis du mécanisme de recouvrement des couts et de leur impact sur l'accès aux soins pour les indigents.

Protection sociale

Le concept de protection sociale est ancien et désigne l'ensemble des dispositifs de prévoyance et d'accompagnement collectifs qui permet aux individus de faire face aux conséquences des risques sociaux tels que l'invalidité, vieillesse, maladie, chômage etc. Le principe de mutualisation des risques est au cœur de la mise en place des systèmes de protection sociale.

Dans le domaine de la santé, la notion de protection financière est souvent discutée, elle fait référence à la protection contre le risque financier associé à l'accès aux soins. Les mesures de dépenses appauvrissantes et dépenses catastrophiques ont pour but d'estimer le niveau de protection financière dans le secteur de la santé. L'objectif de protection financière est inscrit dans les Objectifs de Développement Durable.

⁸³ Heller, 2006 ; Tandon & Cashin, 2010

2. Matrice de la mise en œuvre des solutions possibles pour l'amélioration de la gestion des finances publiques dans le secteur de la santé au Cameroun

AXES D'INTERVENTIONS	BLOCAGES RELEVES	SOLUTIONS POSSIBLES OU ACTIONS A ENTREPRENDRE	PRINCIPALE STRUCTURES RESPONSABLES DE L'ACTION
Préparation du budget	Maitrise limitée des programmes et CDMT validés	Renforcer les capacités des responsables sur la logique d'élaboration des programmes et du CDMT Respecter le cadrage du CDMT dans le projet de budget	MINSANTE, MINEPAT et MINFI
	Absence d'appropriation des directives relatives à la préparation du budget	Former tous les acteurs sur le processus de préparation du budget	MINFI
	Manque de schéma clair pour l'allocation des ressources aux programmes	Mettre en place un système d'information claire sur l'allocation des ressources aux programmes	MINSANTE
	Persistance de la logique du budget des moyens encore prégnante	Mettre l'accent sur la migration complète vers le budget programme	MINFI
	Absence ou non prise en compte des statistiques de gestion dans la préparation du budget	Préparer des études basées sur des données probantes avant la préparation du budget	MINSANTE et MINFI
	Faible capacité d'analyse et d'exploitation des états de besoins formulés par divers niveaux de la pyramide sanitaire	Tenir compte des différents besoins formulés par tous les acteurs de la santé lors de la préparation du budget	MINSANTE
	Absence d'outils spécifiques de collecte des données pour la préparation du	Mettre en place un système de collecte systématique des données sous forme de mission conjointe sur le terrain	MINSANTE/ MINFI/INS

	budget		
	Monopole des activités budgétaires à la DRFIP	Créer une Sous- Direction de la préparation du budget différente de celle chargée de l'exécution Instituer une conférence budgétaire interne	MINSANTE
	Absence de grille d'allocation de ressources par source de financement	Elaborer une grille d'allocation de ressources par source de financement	MINFI et MINSANTE
Exécution du budget	Mauvaise maîtrise des textes (Circulaire du MINFI relative à l'exécution de la loi de finances)	Renforcer les capacités des acteurs sur l'appropriation des textes par des séminaires et ateliers de formation	MINFI
	Absence d'un cadre de concertation, d'information et de sensibilisation des principaux acteurs de la chaîne budgétaire en début d'exercice	Organiser un Séminaire budgétaire en début d'exercice pour sensibiliser les acteurs sur les orientations du budget et les modalités de son exécution.	MINFI
	Lenteur dans la mise à disposition des crédits aux services déconcentrés	Accorder au MINSANTE la possibilité de délivrer directement les AE aux services déconcentrés	MINFI/MINEPAT
	Absence de dispositif d'encadrement de la gestion matières	Créer une Structure centrale de gestion matières et du Patrimoine Développer une Application de suivi de la gestion matières	MINSANTE, MINFI et MINEPAT
	Absence de mécanismes de suivi et sécurisation des recettes affectées	Assurer une transparence sur le suivi des recettes affectées par la mise en place d'un système de collecte et de vérification	MINSANTE
	Concentration des crédits dans les services centraux	Déconcentrer d'avantage la gestion des crédits	MINFI et MINSANTE
	Absence de passerelle de collaboration avec les services comptables du MINFI en vue du suivi en temps réel de l'exécution des dépenses à tous les	Améliorer la coordination entre les services du MINFI et du MINSANTE Créer un Comité mixte DRFIP/CFS/PGS chargé de faire l'état périodique d'exécution du budget	MINSANTE et MINFI

	niveaux		
	Non tenue d'un Fichier des prestataires permettant le suivi de leurs réalisations et de la situation des engagements financiers du MINSANTE à leur égard	Améliorer la comptabilité sur les réalisations et les engagements à travers la production de rapports présentant l'état réel de la situation selon un timing bien défini	MINSANTE et MINFI
	Insuffisance du dispositif d'encadrement de la gestion budgétaire en application des nouvelles réformes des finances publiques	Elaborer des outils de gestion découlant de la réforme budgétaire - Guide du contrôle de gestion - Manuel de procédures budgétaires et comptables - Calendrier budgétaire - Budgets-type des formations sanitaires	MINSANT et MINFI
	L'inexploitation efficace des divers rapports d'exécution prévus par la réglementation	Encourager l'exploitation des rapports d'exécution Concevoir des grilles d'exploitation par type de Rapport	MINSANTE et MINFI
	Faible diffusion de l'information sur l'exécution du budget	Mobiliser une logistique adéquate permettant de diffuser la documentation budgétaire dans tous les services gestionnaires	MINSANTE et MINFI
	Manque de cohérence dans les documents de restitution entre les données budgétaires et comptables des programmes	Que tout ce qui concerne les financements extérieurs soient gérés par les programmes et comptabilisés à comme tel	MINFI/MINEPAT/MINSANTE
	Manque de vigueur dans la lutte contre la corruption, les prévarications et autres comportements déviants dans la gestion	Accentuer la lutte contre la corruption et des détournements dans le circuit de gestion des finances publiques et le financement de la santé	CONAC, ANIF, CONSUPE, MINFI, MINSANTE
	Absence de manuel de procédures budgétaires et comptables dédié	Elaborer un Manuel de procédures budgétaires et comptables	MINFI

	Existence d'un blocage de précaution	Exonérer exceptionnellement l'ensemble du chapitre 40 de l'application du blocage de précaution à partir de l'année 2017	PRC, SPM, MINFI
Suivi et contrôle de l'exécution du budget	Faible capacité technique et opérationnelle des services internes chargés du contrôle budgétaire	Etablir et mettre en œuvre un programme de formation du Coordonnateur du contrôle et des Contrôleurs de gestion Renforcer les capacités des services internes chargés du contrôle	MINSANTE, MINEPAT et MINFI
	Absence de plate-forme de coopération avec le MINFI, le MINEPAT et le CONSUPE pour le contrôle de l'utilisation des ressources publiques allouées à la santé	Planifier des actions conjointes MINFI/MINEPAT/CONSUPE pour l'amélioration de la gestion des ressources publiques allouées à la santé	MINSANTE, MINFI, MINEPAT et CONSUPE
	Non prise en compte des résultats des contrôles effectués pour améliorer les procédures de gestion	Instituer un Comité de mise en œuvre et de suivi des résultats des contrôles effectués. Prendre en compte lesdits résultats dans les orientations budgétaires à venir	MINFI, MINEPAT et MINSANTE

3. Leçons apprises de l'expérience internationale

	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces	Leçons apprises
Ghana	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La forte volonté et l'engagement politique ♦ L'adoption d'une couverture de base obligatoire pour tous ♦ La fixation de cotisation en fonction de la capacité contributive pour les travailleurs du secteur informel ; ♦ Une forte décentralisation du système permettant une participation des populations ♦ L'exemption de cotisation pour les personnes vulnérables ♦ La mise en place de financements innovants à travers la TVA sur certains biens et services. ♦ Un système de remboursement rapide et efficace qui renforce la fiabilité de l'institution en charge de l'assurance maladie et donne confiance aux membres 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ complexité d'une telle architecture : le système est assez fragmenté avec une gestion technique assurée par chaque mutuelle de district, sans relations directes avec les autres mutuelles. ♦ Des difficultés également dans l'identification des indigents et dans l'application de la cotisation par palier pour les travailleurs du secteur informel, qui ont tous tendance à payer le montant plancher. 		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Absence ou faiblesse des mécanismes nationaux de suivi et des outils d'évaluation adéquats ; il y a des gaps significatifs dans la quantification de l'équité et de la protection du risque financier parmi les différents quintiles de bien-être. I ♦ Institutionnalisation des comptes nationaux pourrait aider à fournir des moyens utiles de comparaison entre investissements et les résultats de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Le suivi national et les designs d'évaluation doivent incorporer les indicateurs pertinents globaux qui définissent et poursuivent la couverture effective du pays pour des comparaisons compréhensives entre les pays ayant des caractéristiques socio-économique et démographiques similaires
Mali	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Engagement de tous les acteurs à soutenir la santé ; ♦ La signature du COMPACT qui traduit cet engagement de la part de l'Etat et des PTF à accroître les ressources pour le financement du programme santé ; ♦ Accroissement annuel du taux de couverture géographique du pays en infrastructures sanitaires de base ; ♦ Développement et mise en œuvre de stratégies pour couvrir les populations éloignées des centres de santé communautaires ; ♦ L'existence de Stratégie Nationale d'Extension des mutuelles ; ♦ L'existence de Plan National d'Extension de la Protection Sociale ; ♦ L'institution du Régime d'Assistance Médicale 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Insuffisance des financements notamment alternatifs en dépit de la volonté des autorités ; ♦ Faiblesse de la mobilisation sociale ; ♦ Faible couverture en mutuelles de santé ♦ Faible proportion d'adhérents aux mutuelles de santé ; ♦ Insuffisance de spécialistes dans les structures de santé (CSREF, EPH) 			<ul style="list-style-type: none"> ♦ Renforcer les capacités de mobilisation des communautés en vue d'améliorer l'utilisation des services ; ♦ Renforcer à tous les niveaux l'amélioration de la qualité des services ; ♦ Poursuivre et renforcer les stratégies novatrices pour réduire les taux de mortalité infantile et maternelle ; ♦ Créer les activités génératrices de revenus en vue d'accroître le pouvoir d'achat des populations notamment les plus pauvres ; ♦ Développer des

<p>Rwanda</p>	<p>(RAMED) consacrant une couverture santé des fonctionnaires, militaires, parlementaires et des travailleurs salariés et leurs ayants droit ainsi que des personnes démunies ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ L'adoption d'une politique de gratuité des soins en faveur des couches vulnérables ♦ Médicalisation des Centres de santé communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La forte volonté et l'engagement politique ; ♦ L'adoption dès 2008 d'une loi instituant l'obligation d'assurance maladie pour tous ; ♦ la « décentralisation » du système qui a permis d'opérer le transfert des responsabilités administratives, financières et de prestation de services au niveau local, et de faciliter l'appropriation par les décideurs locaux des politiques de santé décidées au niveau central et d'en assurer le suivi régulier. Elle a également permis la participation de la population, l'enregistrement des adhésions et la collecte des cotisations à la base ; ♦ la bonne gouvernance, le faible niveau de corruption et la culture de performance très développée au Rwanda ; ♦ La mise en place au plan national d'un fonds de solidarité pour garantir les activités des mutuelles de santé et la prise en charge des soins offerts au niveau des hôpitaux nationaux ; ♦ Le maillage territorial permettant la couverture de l'intégralité du territoire y compris les personnes travaillant dans l'économie informelle. ♦ Une forte contribution financière de l'Etat 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Forte dépendance au financement extérieur des fonds mobilisés pour le financement des prestations qui fragilise le système : plus de 50% des 307 milliards de dollars annuellement dépensés, selon une étude du Tropical Medicine & International Health, provient des donateurs étrangers, (ONGs, le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, des Etats, comme les Etats-Unis). ♦ Faiblesses des mécanismes de mutualisation du risque ♦ Capacité de gestion insuffisante et carences en personnel ♦ Difficulté à identifier et immatriculer les affiliés du secteur informel, et à faible potentiel contributif. ♦ fragmentation du système qui induit une complexité 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ niveau de soutien élevé en termes de gouvernance apporté aux mutuelles de santé dès le début du processus, et à l'origine d'une adhésion progressive et croissante des populations. ♦ appropriation des mutuelles de santé par la population comme voie de pérennisation de ce système de mutualisation du risque maladie au Rwanda », ♦ implication et engagement 	<p>mécanismes pérennes de prise en charge des indigents dans les structures de santé ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Accélérer la mise en œuvre de la Stratégie Nationale d'Extension des mutuelles et du Plan National d'Extension de la Protection Sociale.
---------------	--	--	---	--	---

de gestion des mutuelles

des ressources
humaines pour
la gestion et le
suivi des
mutuelles de
santé en
général.

Sénégal

- La faiblesse dans la coordination des interventions d'appui aux mutuelles
- Le cadre réglementaire évolue avec un rythme jugé insuffisant pour tenir compte du dynamisme de l'expansion des mutuelles et de leurs spécificités. La CAFSP en charge de la promotion des mutuelles dispose d'un mandat large mais de moyens relativement insuffisants
- La décentralisation malgré son intérêt pour le système mutualiste implique en effet que la période de transfert de compétence s'accélère sur le plan opérationnel au delà des textes
- L'offre de santé ne suit pas la démographie, ni les besoins de santé (pénurie du personnel de santé, etc.)

Gabon

- ♦ Forte volonté politique
- ♦ Adoption d'une ordonnance instituant un régime obligatoire d'assurance maladie
- ♦ Mise en place d'une institution nationale spécialisée dans la gestion du régime d'assurance maladie ;
- ♦ Instauration de financement innovant pour la prise en charge des personnes indigentes
- ♦ Transfert social de l'Etat.

- ♦ Inexistence actuellement d'un dispositif de prise en charge des travailleurs indépendants et de l'économie informelle non indigents. (raison de la forte affiliation au Fonds des gabonais économiquement faibles)
- ♦ Absence système de redistribution entre les différents fonds.