

**PROJET DE MISE EN PLACE DE LA PHASE  
PILOTE DE LA COUVERTURE SANTE  
UNIERSELLE**

**CADRE DE REFERENCE DU PROJET**

08/03/2022

---

# SOMMAIRE

---

<b>I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b>	<b>4</b>
<b>II. CHAMP D'ACTION ET FAISABILITE DE LA PHASE PILOTE DE LA CSU</b>	<b>6</b>
<b>A. PRINCIPES DE BASE DE LA CSU</b>	<b>6</b>
<b>B. CHAMP D'APPLICATION DE LA PHASE PILOTE DE LA CSU</b>	<b>6</b>
<b>C. PERSPECTIVES DE FAISABILITÉ ET OPTIONS ENVISAGEABLES</b>	<b>6</b>
1. FAISABILITÉ TECHNIQUE :	6
2. FAISABILITÉ ENVIRONNEMENTALE ET SOCIÉTALE (ENVIRONNEMENT DU PROJET DE LA PHASE PILOTE) :	7
3. FAISABILITÉ ORGANISATIONNELLE ET LÉGALE :	8
a) Principe de fonctionnement	8
4. FAISABILITÉ DE MARCHÉ (DEMANDE ET CIBLES) :	8
5. FAISABILITÉ FINANCIÈRE :	11
<b>III. PRESENTATION DU PROJET DE PHASE PILOTE CSU</b>	<b>11</b>
<b>A. CLARIFICATION DU CONCEPT</b>	<b>11</b>
<b>IV. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DU PROJET</b>	<b>15</b>
<b>A. OBJECTIF GÉNÉRAL :</b>	<b>15</b>
<b>B. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES :</b>	<b>15</b>
<b>C. BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>15</b>
<b>D. LOCALISATION</b>	<b>15</b>
<b>E. STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE :</b>	<b>15</b>
<b>F. COÛTS ET PLAN DE FINANCEMENT</b>	<b>16</b>
<b>G. TRANSFERT DU PROJET</b>	<b>17</b>
<b>V. CARTOGRAPHIE DES RISQUES</b>	<b>17</b>
<b>A. IDENTIFICATION DES RISQUES</b>	<b>17</b>
<b>B. L'ANALYSE DES RISQUES (CAUSES ET CONSÉQUENCES)</b>	<b>18</b>
a) La soutenabilité budgétaire	18
b) Lenteur et lourdeur de l'ensemble du système financier	18
c) Existence des paiements directs informels	18
d) Adhésion excessive ou non adhésion de la cible	18
e) Indisponibilité des médicaments et des intrants	18
f) Indisponibilité de la ressource humaine en qualité et en quantité	19
g) Indisponibilité des ressources financières	19

h) Mauvaise appropriation de la politique	19
i) Conflits entre les acteurs de la chaîne	19
j) Informatique (Non Coordination des ressources numériques)	19
2. ECHELLE DE GRAVITÉ DU RISQUE	19
3. ECHELLE DE FRÉQUENCE DU RISQUE	20
4. ECHELLE DE MAITRISE DU RISQUE	20

---

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

---

L'Afrique comme tous les autres continents fait face à de nombreux défis parmi lesquels, les défis sanitaires. Dans le cadre de l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD), l'un des défis majeurs est de favoriser un meilleur accès pour tous aux soins de santé. Pour s'assurer de l'existence du problème, le Directeur Général de l'OMS attirait l'attention des dirigeants du monde sous la forme interrogative, lors d'un sommet mondial sur les questions de santé : « *Voulons-nous que notre prochain puisse mourir parce qu'il est pauvre ? Ou que des millions de familles soient acculées par la pauvreté du fait de dépenses de santé élevées et du manque de protection contre le risque financier ?* ». Les débats autour de l'accès aux soins de santé ont abouti à une idée commune, celle de mettre en place la Couverture Santé Universelle (CSU) dans chaque pays.

Par définition, la CSU vise à assurer à chaque individu et à chaque communauté, indépendamment de leur situation sociale, les services de santé dont ils ont besoin sans qu'ils soient exposés à des difficultés financières. La mesure de la mise en œuvre de la CSU s'opère au travers des indices de couverture des services que sont : l'indicateur 3.8 des Objectifs de Développement Durable (ODD) ; les dépenses directes de santé, au-delà des capacités financières des ménages, sans remboursement par une tierce partie ; l'incidence des dépenses liées aux catastrophes à partir du rapport entre les dépenses directes de santé et la consommation globale ou le revenu du ménage.

Pour engager sa marche vers la CSU, Le Gouvernement Camerounais, en étroite collaboration avec ses partenaires financiers, implémente des initiatives dans le but de réduire ou d'éradiquer la fracture sociale en matière de santé, du fait des inégalités des revenus. Ces dernières années, les efforts du gouvernement visant à faciliter l'accès aux soins de santé de qualité sont visibles à travers notamment la gratuité de certains vaccins et le traitement de certaines maladies. Selon la publication de certains résultats du CNS en 2012, le volume total de financement de la santé au Cameroun s'élevait à 728,1 milliards de FCFA (5,4% du PIB), représentant 32 703 FCFA par habitant. Dans cette enveloppe, 47,6% ont été consacrés aux biens médicaux, essentiellement les biens pharmaceutiques à hauteur de 26,03% pour les biens curatifs et 14% dévolus à la gouvernance et l'administration du système de santé. Dans le même sens d'autres actions se sont poursuivies, entre autres, la santé de proximité, les programmes de vaccination, les subventions accordées au traitement des maladies, les maladies prises en charge en intégralité par l'Etat ; les évacuations sanitaires ; l'assistance aux diabétiques ; les Kits d'hémodialyse ; réduction des coûts des médicaments du SIDA etc. Toutes ces actions mesurées ponctuellement en 2012 se sont poursuivies jusqu'à aujourd'hui et atteignent des résultats considérables.

Plusieurs années après les premières évaluations des actions de l'Etat en direction de ses populations, la tendance du trend des politiques sanitaires entre 2011 et 2018, selon les résultats de la cinquième Enquête Démographique

et de Santé du Cameroun (EDSC-V), réalisée et publiée en 2019 par l'Institut National de la Statistique (INS) montre que les actions gouvernementales portent des fruits : (i) la mortalité des femmes liée à la grossesse est passée de 782 décès sur 100 000 naissances vivantes (NV) à 467 décès sur 100 000 NV ; (ii) la mortalité néonatale est descendue de 31 à 28 décès sur 1000 NV ; (iii) la mortalité infanto-juvénile a chuté de 125 à 80 décès sur 1000 NV ; (iv) la mortalité infantile a baissé de 62 à 48 décès sur 1000 NV. Cependant, le paludisme demeure la principale cause de mortalité et de morbidité quand bien même une tendance à la hausse de 36% à 59%, dans la possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) au sein des ménages, est observable. De même, nonobstant un recul des taux de prévalence de 4,3% à 3,4% pour le VIH/SIDA et de 19,7% à 9,5% pour la tuberculose, ces maladies transmissibles demeurent très présentes au sein des populations.

Les faits stylisés et les constats issus des statistiques qui précèdent nous montrent que des inégalités perdurent dans l'accès de tous aux soins de santé malgré les remarquables efforts des pouvoirs publics camerounais. Les actions visant à faciliter l'accès équitable à une offre quantitative et qualitative de santé excluent encore les populations modestes. On peut dire que la largesse du spectre des interventions de l'Etat tranche avec l'étroitesse de la population couverte par les soins de santé. Les ménages les plus vulnérables rencontrent des obstacles pour accéder à la santé car ils s'appauvrissent davantage en faisant face aux dépenses en soins de santé. Il est donc possible de conclure à l'existence d'un problème : *il y a une barrière financière qui empêche l'accès aux soins de santé*. Elle demande à être levée par de nouvelles initiatives. De ce fait, on peut s'interroger sur l'efficacité des politiques de santé publique à faciliter l'accès de tous les citoyens aux soins de santé.

Aussi, face à la multiplicité des interventions débouchant sur la faiblesse des résultats et l'étroitesse des cibles réellement couvertes, le Ministre de la Santé Publique a réuni au cours du mois de décembre 2021, un ensemble d'experts issus de l'Administration publique, du secteur privé et parmi les partenaires techniques et financiers, afin de questionner cette multiplicité d'interventions et envisager la mutualisation des compétences et des actions dans une volonté de marcher vers la Couverture Santé Universelle, sur un principe de progressivité.

L'identification des différents **programmes de gratuité ou politique de subvention**, sur la base d'un retour d'expérience, couplée à l'analyse des complexités des différents mécanismes de gestion de ces politiques, ainsi que la nécessité de faire une séparation entre les actions de santé publiques conduite indépendamment des politiques spécifiques de soutien à l'offre et à la demande de soins d'une part, et les actions rentrant dans les principes de la Couverture Santé Universelle, a permis de prendre l'option de commencer par une dimension maîtrisable.

Ainsi, il a été arrêté de se pencher sur la santé de reproduction, maternelle néonatale et infantile, conformément aux orientations de Monsieur le Président de la République dans sa lettre circulaire sur la préparation du budget de l'exercice 2022. A cette approche de la santé de la mère et de

l'enfant, il a été suggéré l'adjonction de la prise en charge de l'hypertension artérielle.

---

## **II. CHAMP D'ACTION ET FAISABILITE DE LA PHASE PILOTE DE LA CSU**

---

### **A. Principes de base de la CSU**

La Couverture Sanitaire Universelle entendue comme une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières, englobant notamment la gamme complète des services de santé essentiels de qualité.

Il est donc mis en avant les principes d'équité, de qualité de soins et services de santé essentiels que l'Organisation Mondiale de Santé classe dans quatre piliers dont le premier est la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le deuxième étant les maladies infectieuses, le troisième les maladies non transmissibles et enfin les capacités des services et accès.

Il est notamment indiqué que chaque pays étant unique, il peut axer son action d'intervention sur différents domaines ou élaborer ses propres moyens de mesurer les progrès vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

L'un des principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle est la progressivité qui soutient que l'on commence par quelque chose de maîtrisable pour avancer sûrement vers cette politique de santé publique.

### **B. Champ d'application de la phase pilote de la CSU**

Sur la foi des travaux de l'atelier de Mbankomo, deux options avaient été prises, notamment les piliers n°1 de la CSU, **Santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant**, le pilier n°3 **maladies non transmissibles**.

Aussi, des réflexions plus approfondies se sont poursuivies, afin d'affiner notamment le costing et le circuit financier des fonds qui seraient allouées à l'opérationnalisation de cette politique sociale.

### **C. Perspectives de faisabilité et options envisageables**

#### **1. Faisabilité technique :**

Tenant compte des premiers résultats issus des simulations faites, il ressort que l'intégration des maladies non transmissibles, prises sous le prisme de la prise en charge curative, la politique publique envisagée court le risque d'insoutenabilité sur le plan budgétaire. En effet, la prise en compte des maladies chroniques, telles que l'hypertension artérielle, le diabète, rendrait l'enveloppe de la CSU plus élevée que toutes les prévisions faites selon les différents scénarios.

Il convient à toutes fins utiles de rappeler qu'une politique sociale, qui plus est à sa phase pilote tient compte des éléments contrôlables. L'idée première qui était de

mutualiser tous les programmes de gratuités et subventionnés en un package reste louable, pour une phase pilote de la CSU. Par contre, prendre en considération les pathologies chroniques réduirait les chances de réussite de cette politique sanitaire. Les arguments pour soutenir cette idée reposent sur le plan économique.

Sur le plan économique, il faut noter que les populations sont dotées d'un aléa moral et ne se souviennent que du passé récent. En effet, les personnes hypertendues seraient capables d'abandonner les pratiques proposées par les personnels de santé, du fait de savoir qu'ils sont pris en charge par l'État. Sur ce fait, la solution serait d'investir plus de ressources dans la prévention de cette maladie que dans les soins. Il en est de même pour le diabète. Le coût lié à la prévention serait moins important que le coût curatif. La courbe de prévalence risque demeurer croissante, ce qui n'est pas l'objectif de la CSU. L'allocation des ressources, des secteurs porteurs d'activités vers la santé court un risque élevé d'échec des objectifs escomptés.

Enfin, s'il faut inscrire la réduction voire la suppression de certains coûts sur la prise en charge de certaines maladies dans la marche vers la CSU, il en est de même pour sa Phase pilote. **Cependant, dans la marche vers la CSU, principalement les pathologies virales et celles concernant les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont prises en compte.**

Pour mener la phase pilote de la CSU avec succès, c'est-à-dire la conduire dans l'objectif de détecter les dysfonctionnements, afin de mieux la pérenniser, il serait opportun de prendre en compte les pathologies autres que celles qui sont chroniques.

Sur un plan tout à fait sanitaire, il convient de noter que l'Organisation Mondiale de la Santé recommande dans le pilier des maladies non transmissibles, recommande d'agir sur **le levier de la prévention**, dans la mesure où ces maladies chroniques sont de nature à réduire grandement les capacités d'action des personnes qui en souffrent.

## ***2. Faisabilité environnementale et sociétale (environnement du projet de la phase pilote) :***

Sur le plan démographique et compte tenu de la nécessité de commencer par une proportion maîtrisable, **la population ciblée est celle de la femme enceinte et le nouveau-né de quarante-deux (42) jours, en raison d'une politique publique déjà mise en œuvre, celle du Chèque Santé déjà mise en œuvre dans les Régions septentrionales, dans le cadre de la coopération avec le Gouvernement Français, sous l'égide du Contrat de Désendettement et de Développement C2D.**

Sur le plan épidémiologique, le panier de soins offert à cette occasion s'en réfèrera aux indicateurs pris en charge par le Chèque Santé.

Par contre sur le plan géographique, il est envisagé **une extension à deux nouvelles Régions, notamment l'Est et le Sud.**

### **3. Faisabilité organisationnelle et légale :**

D'après le document sur **le paquet consolidé des interventions de Santé Publique financées par l'Etat et les partenaires dans le cadre de la CSU**, « le projet Chèque Santé porte sur le contrat passé entre le MINSANTE, Maître d'Ouvrage, et le MINMAP, Autorité Contractante, d'une part et le Consortium CIDR-CARE (avec CIDR comme chef de file) d'autre part. Il vise la réduction de la mortalité maternelle. Le chèque santé est financé conjointement par les fonds AFD-C2D/KfW. Il a été mis en œuvre dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême Nord sur une durée de 50 mois dans 11 districts par le consortium CIDR-CARE comme Opérateur National. Dans le cadre de la pérennisation, la mise en œuvre a été transférée aux Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé (FRPS) desdites régions en 2018 ».

#### *a) Principe de fonctionnement*

Selon le document sus-évoqué, les interventions pour le projet **Chèque Santé** sont principalement curatives et concernent la santé maternelle au cours de la grossesse, elles comprennent : (i) le saignement au cours de la grossesse ; (ii) Mole Hydatiforme ; (iii) l'hypertension et ses complications pendant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité ; (iv) les infections de l'appareil génito-urinaire au cours de la grossesse ; (v) les soins maternels pour d'autres affections liées principalement à la grossesse ; (vi) les complications de la délivrance ; (vii) la rupture prématurée des membranes (RPM) / menace d'accouchement prématuré (MAP) ; (viii) l'accouchement normal ; (ix) le travail dystocique, présentations dystociques et césariennes ; (x) les complications liées à la puerpéralité.

### **4. Faisabilité de Marché (demande et cibles) :**

Par définition, **le Chèque Santé** est un mécanisme de prépaiement, assurantiel, mutualiste et fortement subventionné pour une prise en charge des soins liés à la grossesse, à l'accouchement pour la Mère-et le nouveau-né. Un Chèque Santé acheté à **6000 FCFA** par la femme enceinte, donne droit à :

- ✓ 4 CPN, et des CPON (Mère & enfants) jusqu'à 42 jours post accouchement ;
- ✓ Échographies, et bilans biologiques basiques de suivi et PEC (pendant la grossesse et l'accouchements)
- ✓ PEC accouchement, et complications liées à la grossesse et à l'accouchement y compris la Césarienne,
- ✓ Prestations non médicales (transport vers FOSA, et accompagnement par matrone si nécessaire)

Après considération de l'argumentaire précédent, un costing a été élaboré sur la période 2022-2025 d'une part et jusqu'à la période 2030 d'autre part. Les évaluations tiennent compte de plusieurs hypothèses, portant entre autres sur : (i) la prise en compte de deux nouvelles régions dans le programme chèque santé ; (ii) l'arbitrage sur le poids d'adhésion de chaque région ; (iii) le taux d'évolution de la population des femmes enceintes sur les périodes suscitées ; (iv) la projection des coûts de prise en charge et de fonctionnement du programme sur la période suscitée.

Pour ce qui est de la prise en compte de deux nouvelles régions dans le programme chèque santé, les régions de l'Est et du Sud ont été choisies. En tenant compte de la disponibilité des ressources pour les trois régions septentrionales, en ce qui concerne le chèque santé, les deux nouvelles régions intègrent les coûts de prise en charge, de mise en place et du fonctionnement. Pour l'année 2022, les deux nouvelles régions prévoient une population de femmes totale de 79 056 femmes, dont 49 951 à l'Est et 29 105 femmes au Sud.

Le poids d'adhésion a été évalué à 50% pour chacune de ces nouvelles régions. Le coût de prise en charge estimé est de 54 000 francs CFA, pondérés au taux d'adhésion, à un coût total estimé à **1 198 824 000** à l'Est et de **698 520 000** au Sud. Le coût total de prise en charge est de 1 897 344 000 pour les deux régions. A ce coût de prise en charge s'ajoutent les coûts de mise en place et de gestion de **339 330 000** et **230 000 000** à l'Est respectivement et, de **285 550 000** et **230 000 000** au Sud respectivement. De manière globale, pour les deux régions, le coût de prise en charge, de mise en place et de gestion en 2022 est de **2 982 224 000**. Ce coût peut être majoré de **250 000 000** pour les aléas soutenables.

Concernant les projections sur les années 2023-2025, il est à rappeler que les financements du chèque santé seront totalement pris en charge dans le budget de l'Etat. Cette information permet de considérer, les taux d'adhésion des femmes enceintes de toutes les cinq (05) régions concernées par la CSU phase pilote. Le taux de croissance moyen de la population des femmes enceinte a été calculé sur la base de la croissance des femmes enceintes par région, depuis 2018. Ces taux moyens restent mitigés pour les régions de l'Adamaoua, en raison du taux de croissance de 14% des femmes enceintes en 2021 ; de l'Est, du fait de la croissance de 21,6% en 2020 et du Sud, en lien avec le taux de croissance de 12,9%. Les taux de croissance moyens par région ont été obtenus sur la base de l'évolution des taux de croissance par région entre 2018-2022. Les résultats étant présentés dans le tableau en annexe.

Sur la base des taux d'évolution de la population enceinte, l'évolution des femmes enceinte suit la tendance suivante par région :

- À l'Adamaoua, 66 068 femmes enceintes sont attendues en 2023, 69 169 femmes enceintes en 2024 et 72 415 en 2025 ;
- A l'Est, 53 212 femmes enceintes sont attendues en 2023, 56 685 en 2024 et 60 385 en 2025 ;
- Dans l'Extrême-Nord, 251 476 femmes enceintes sont projetées en 2023, 260 125 en 2024 et 269 072 en 2025 ;
- Au Nord, 145 005 femmes attendues en 2023, 149 363 en 2024 et 153 851 en 2025 ;
- Au Sud, 30 153 femmes enceintes projetées en 2023, 31 238 en 2024 et 32 362 en 2025.

En se basant sur l'expérience d'adhésion des femmes enceintes au programme chèque santé dans les trois premières régions depuis 2015, il a été projeté des taux d'adhésion moyen de 2023 à 2025 de 63,5% pour l'Adamaoua, 58% pour l'Est, 61% pour l'Extrême-Nord et le Nord et 60% pour le Sud.

Après projection de ces taux d'adhésion, compte tenu des coûts de prise en charge et de gestion, étant donné que le coût de mise en place est ponctuel pour une année, il ressort des prévisions et projections suivantes :

En 2023, le coût estimé de la CSU est d'environ **19 230 014 859 francs CFA**, en 2024, **20 229 141 961 francs CFA** et **21 286 014 983 franc CFA** en 2025.

## 5. Faisabilité financière :

Il reste entendu que l'augmentation substantielle de l'enveloppe en 2023 tient de ce que **le projet chèque santé qui arrive à son terme en 2023, devra désormais être pris en charge par le budget de l'État du Cameroun**. Donc tenant compte à la fois de l'amélioration du taux de pénétration ou d'adhésion à la politique publique de santé en question, et de la nécessité de prendre en charge les Régions déjà couvertes par le financement C2D, **il est donc question d'assurer la pérennité de cette politique et son ancrage définitif dans l'offre de soins et services de santé de qualité sous l'égide de la CSU**.

Par ailleurs, les projections ci-dessus se limitent à une extension géographique de la politique de santé, sans pour autant augmenter les cibles du point de vue démographique et des soins offerts.

**Option retenue :** Des études approfondies permettront notamment de prendre en compte des projets suivant plusieurs scénarios. Ces études permettront également de conduire à bon port les mécanismes et les circuits financiers et budgétaires.

### III. PRESENTATION DU PROJET DE PHASE PILOTE CSU

#### A. Clarification du concept

La phase pilote de la CSU repose sur le pilier n°1, à savoir la Santé de reproduction, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, sur la base des éléments de préfaisabilité.

Il convient tout de même de noter qu'une extension progressive et maîtrisée vers le pilier numéro 3 à savoir la prévention des maladies non transmissibles est à prendre en compte. Les travaux de finalisation de l'offre de soins préventifs à mettre en œuvre, ainsi que son coût permettront de finaliser ce processus.

#### Options retenues :

La phase pilote concernera au plan géographique, tous les Districts de Santé des Régions de l'Extrême-Nord, Nord, Adamaoua, Est et du Sud.

Au plan démographique, **526 051** femmes enceintes seront attendues en 2022 avec des taux d'adhésion variables selon le tableau ci-après :

Région	Femmes enceintes attendues	Taux d'adhésion estimé
Adamaoua	63 106	62%
Est	49 951	50%
Extrême Nord	243 114	60%
Nord	140 775	60%
Sud	29 105	50%
<b>TOTAL</b>	<b>526 051</b>	

**L'évolution de la demande (femmes enceintes, cibles) se présente comme suit :**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025

<b>Adamaoua</b>	52 803	54 267	55 183	62 907	63 106	<b>66 068</b>	<b>69 169</b>	<b>72 415</b>
<b>Est</b>	39 285	40 196	40 144	48 801	49 951	<b>53 212</b>	<b>56 685</b>	<b>60 385</b>
<b>Extrême-Nord</b>	212 433	218 892	231 577	236 616	243 114	<b>251</b> <b>476</b>	<b>260</b> <b>125</b>	<b>269</b> <b>072</b>
<b>Nord</b>	125 063	129 817	133 415	136 152	140 775	<b>145</b> <b>005</b>	<b>149</b> <b>363</b>	<b>153</b> <b>851</b>
<b>Sud</b>	25 407	25 793	25 364	28 647	29 105	<b>30 153</b>	<b>31 238</b>	<b>32 362</b>

Au plan technique et épidémiologique, les conditions de santé constituant le panier de soins prises en charge seront :

- **Soins Obstétricaux et Néonataux de Base (SONUB) dispensés dans les CSI, CMA, HD**
  - CPN 1
  - CPN 2- 4
  - CPON mère
  - CPON nouveau-né
  - Episiotomie
  - Ventouse
  - Déchirure du col ou du périnée
  - Hémorragie Post-Partum (soins avant référence)
  - Tétanos néonatal
  - Menace d'avortement
  - Rupture prématurée / prolongé des membranes
  - Pré éclampsie/Eclampsie (Soins avant référence)
- **Soins Obstétricaux et Néonataux Complémentaires (SONUB) dispensés dans HD - Ils comprennent les complications de la grossesse, les accouchements simples et compliqués**
  - GEU
  - Grossesse molaire
  - Vomissements incoercibles de la grossesse
  - Avortement (inévitables, incomplets)
  - Eclampsie sévère
  - Mastites
  - Abscesses mammaires
  - Syphilis
  - Endométrites

- Infection de l'appareil génito-urinaire
- Vulvovaginite mycosique
- Vulvovaginite
- Fistule obstétricale
- Gastrite sévère
- Hémorragie Post-Partum
- **Paludisme simple de la femme enceinte (CSI, CMA, HD)**
- **Paludisme grave de la femme enceinte**
- **Paludisme de l'enfant de moins de 5 ans**
- **Infections bactériennes du nouveau-né**

Le projet sera mis en œuvre dans un environnement marqué par des **précurseurs de la CSU, notamment le Projet Chèque Santé, le PBF et le PNLMI** et suivant les dispositions du Contrat de Partenariat Public Privé pour la mise en place de la CSU.

*Du point de vue sociétal, les maladies chroniques et les affections des hommes, au regard de l'ancrage aux politiques de gratuité, pourraient concerner :*

- *Les insuffisances rénales chroniques sous hémodialyse.*

Sur le plan organisationnel et légal, le modèle du Projet Chèque Santé servira de modèle de mise en œuvre dans tous ses aspects, y compris la fonction d'enrôlement des femmes enceintes en collaboration avec SUCAM SA. Un renforcement du statut administratif de l'Unité de Coordination sera envisagé en ce qui concerne l'acte de création, les missions, les ressources et le lieu d'implantation, ainsi que sa position hiérarchique renforcée.

Au plan financier, le modèle du Chèque Santé prendra en compte les estimations faites pour cinq régions, avec intégration de la disponibilité des ressources pour les trois régions septentrionales. Le modèle financier à ce stade du concept se présente comme suit :

- Coûts de prise en charge des prestations directes liées au Chèque Santé jusqu'en 2022 :

Région	Contributions (6 000 par femme)	Coût moyen de prise en charge des femmes enceintes	Sources de financement	Gap à combler
Adamaoua	234 754 320	2 112 788 880	AFD/KFW	
Est	149 853 000	1 348 677 000	ND	1 198 824 000

Extrême Nord	875 210 400	7 876 893 600	AFD/KFW	
Nord	506 790 000	4 561 110 000	AFD/KFW	
Sud	87 315 000	785 835 000	ND	698 520 000
<b>TOTAL</b>	<b>1 853 922 720</b>	<b>16 685 304 480</b>		<b>1 897 344 000</b>

- Coûts de mise en place et de gestion des Régions de l'Est et du Sud

Région	Coûts de mise en place	Coût de gestion	Sources de financement	Total
Adamaoua				
Est	339 330 000	230 000 000	ND	569 330 000
Extrême Nord				
Nord				
Sud	285 550 000	230 000 000	ND	515 550 000
<b>TOTAL</b>	<b>624 880 000</b>	<b>460 000 000</b>		<b>1 084 880 000</b>

- Cout mise en œuvre et de gestion au niveau de la coordination centrale

Postes de dépenses	Montants
Coûts de mise en place (travaux préalables et formation)	250 000 000
Gestion des instances de coordination (UCPC et COPIL)	150 000 000
<b>Total attendu</b>	<b>400 000 000</b>

- Cout total de mise en œuvre estimé comme besoin de financement en 2022

Postes de dépenses	Montants
Prestations	1 897 344 000
Gestion et mise en place	1 084 880 000
Mise en place et coordination centrale	400 000 000
<b>Total attendu</b>	<b>3 382 224 000</b>

Au regard des projections d'accroissement de la demande (femmes enceintes et taux d'adhésion), les besoins en financements qui seront entièrement financés par les Cameroun se présentent comme suit :

#### Projection des coûts de prise en charge des femmes enceintes 2023-2025

	2022	2023	2024	2025
Adamaoua		2 229 790 551	2 353 120 912	2 483 116 294
Est		1 551 652 341	1 775 380 187	2 021 704 972
Extrême-Nord		8 215 712 989	8 568 521 190	8 935 879 660
Nord		4 737 320 958	4 920 003 470	5 109 387 356
Sud		895 533 974	1 012 112 154	1 135 922 651
<b>TOTAL</b>		<b>17 630 012 836</b>	<b>18 629 139 937</b>	<b>19 686 012 958</b>

Il reste entendu qu'en fonction des grandes orientations du Gouvernement, cette estimation peut être revue à la hausse en raison de l'extension géographique à d'autres Région et une extension thématique, visant à prendre en charge les enfants de 0 à 11 mois puis à 59 moins, conformément aux ODD visant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. De même la prise en charge préventive des maladies chroniques pourrait également modifier substantiellement cette estimation financières sur la période sous-revue.

---

## **IV. PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE DU PROJET**

---

### **A. Objectif général :**

Réduire la mortalité maternelle et néonatale à travers la levée des barrières financières et l'amélioration de l'accès aux soins de qualité dans cinq régions du Cameroun.

### **B. Objectifs spécifiques :**

- i) Organiser le financement de la demande par un mécanisme de préfinancement ;
- ii) Améliorer l'offre qualitative et quantitative par les mécanismes d'accréditation et de contractualisation des FOSA de catégories 4 à 6 ;
- iii) Organiser l'achat et le contrôle des prestations dans les régions cibles ;
- iv) Mutualiser les ressources financières dédiées aux prestations et aux frais de fonctionnement ;
- v) Renforcer les structures de gestion, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre.

### **C. Bénéficiaires**

- Directs : femmes enceintes, nouveau-nés, enfant de moins de cinq ans ;
- Indirects : personnels de santé, formations sanitaires des régions concernées

### **D. Localisation**

Régions Extrême-nord, Nord, Adamaoua, Est et Sud.

### **E. Stratégie de mise en œuvre :**

La phase pilote de la Couverture Santé Universelle se mettra en œuvre dans une architecture hybride prenant en compte l'environnement de mise en œuvre du Chèque Santé dans les trois Régions septentrionales et l'intégration du partenaire

privé dans la mise en œuvre de son mandat, dans les deux nouvelles Régions, ce qui induit fortement, un nouveau cadre de coordination.

La mise en place sera donc pour la première année, soit l'exercice 2022, une capitalisation des expériences issues de la mise en œuvre du Chèque Santé dans les trois Régions septentrionales en vue d'une pénétration plus maîtrisée de cette politique de soutien à la demande en soins obstétricaux et néonataux d'urgence ; toute chose qui permettra à terme de disposer d'un projet intégré prenant en compte toutes les parties prenantes.

Par ailleurs, dans un souci de mutualisation des compétences et des interventions, la mise en œuvre fera appel à des acteurs multisectoriels, assurant chacun la conduite des missions dévolues à son secteur en vue de la bonne marche de cette politique. Sur un plan tout à fait interne, il s'agira en plus de mutualiser ces différentes interventions portées par des programmes, projets ou directions techniques respectives.

La cartographie des activités portée plus bas permettra notamment de bien cerner les étapes progressives de mise en œuvre des actions.

Il va sans dire que la mise en œuvre de la phase pilote visera à moyen terme à évaluer la capacité du système de gestion de la Couverture santé universelle à résister au temps et assurer la qualité de cette politique publique. Il s'agira donc de prendre en charge les risques et les contraintes liées au système informatique, au système de gestion et d'approvisionnement en intrant, au circuit financier de gestion des recettes et des dépenses, aux mécanismes de suivi-évaluation et la gouvernance du projet.

## **F. Coûts et plan de financement**

La conduite de cette phase pilote de la CSU, repose sur un plan financier sur deux principales sources, notamment les contributions des ménages dans une logique de prépaiement des services sollicités et l'apport de l'État qui à travers une réorganisation du système de répartition des recettes tout autant que les prélèvements obligatoires sur les salaires des personnels du secteur formel, dégagera des ressources conséquentes. A long terme, la mobilisation de l'épargne dans le secteur informel, l'intervention des mutuelles de santé et sociales, devront permettre d'élargir cette assiette de perception des ressources liées à la CSU, tout autant qu'on connaîtra une extension progressive vers d'autres pathologies.

Concernant le coût opérationnel de mise en œuvre, les estimations relevées plus haut permettent de l'envisager à la somme de FCFA **3 382 224 000**, comprenant les coûts directs de remboursement des prestations médicales et non médicales, les coûts de mise en place du projet dans les deux nouvelles Régions, les coûts de gestion tant au niveau local qu'au niveau de la coordination centrale.

Les détails de l'utilisation de ces ressources seront contenus dans les mémoires de dépense rendus disponibles à cet effet.

**Organisation et gestion du projet :**

- Maître d'ouvrage : Ministère de la Santé Publique
- Comité de pilotage : Instance de coordination multisectorielle assurant le suivi de la mise en œuvre des grandes orientations du projet
- Maître d'œuvre : Unité technique articulée autour d'un Chef de projet, et des ses principaux collaborateurs assurant notamment la coordination des interventions, la gestion du risque et le contrôle médical
- Acteurs d'achat des prestations : Fonds Régionaux de promotion de la Santé
- Offreurs de prestations : Formation sanitaires accréditées
- Suivi et évaluation : il est assuré à la fois par le Maître d'œuvre de le Comité de Pilotage.

**G. Transfert du projet**

**Maître d'ouvrage : MINSANTE**

- Désignation formelle de l'UCPC renforcée
- Définition du cahier de charges
- Modalités contractuelles et mise en place des financements
- Ordre de service

**Mandataire : UCPC**

- Etudes approfondies
- Mise en œuvre des activités
- Rapports d'activités
- Rapports financiers

**V. CARTOGRAPHIE DES RISQUES**

**A. Identification des risques**

Les différents risques probables à la CSU phase pilote peuvent concerner : (i) les risques financiers ; (ii) les risques techniques (fonctionnement du programme) ; (iii) les risques humains (ressources humaines) ; (iv) les risques organisationnels.

De manière globale, il peut s'agir de :

Risques	Déclinaison du risque
Financiers	Soutenabilité budgétaire (difficultés de mobiliser les ressources financières)
	Lenteur et lourdeur de l'ensemble du système financier
Techniques	Existence des paiements directs informels
	Adhésion excessive ou non adhésion de la cible
	Indisponibilité des médicaments et des intrants
Humains	Indisponibilité de la ressource humaine en qualité et en quantité

	Mauvaise appropriation de la politique
Organisationnels	Conflits entre les acteurs de la chaîne
	Informatique (Non Coordination des ressources numériques)

Ces différents risques peuvent aboutir à d'autres risques secondaires

- La défaillance d'un fournisseur ;
- Le manque de main d'œuvre ;
- Indisponibilité des ressources financières ;
- L'absence de la veille technologique
- La rupture de médicaments ;
- Le non-respect du cahier de charge par les sous-traitants ;
- La mauvaise gestion des médicaments ;

## B. L'analyse des risques (causes et conséquences)

Cette étape permet de comprendre la nature du risque en prenant en compte les causes, les sources et les conséquences (positive et négative). Cette partie regroupera les sources potentielles de dommage pour le projet.

### a) *La soutenabilité budgétaire*

Ici, l'ensemble des difficultés y associées concernent, entre autres, l'insolvabilité de la politique publique, du fait de la lourdeur liée aux tensions de trésorerie.

### b) *Lenteur et lourdeur de l'ensemble du système financier*

La principale cause demeure les tensions de trésorerie. Dans le cadre du système financier, les ressources peuvent arriver en retard dans le circuit et bouleverser le fonctionnement. A ce risque, l'on peut greffer la défaillance d'un fournisseur qui peut être endogènes comme exogènes. L'endogénéité de défaillance peut s'expliquer par un manquement directement lié au fonctionnement de l'entreprise. Il s'agirait principalement d'un problème de ressources humaines, matérielles ou financières. Pour ce qui est des causes exogènes, elles peuvent concerner un choc extérieur, à l'instar de la hausse mondiale des coûts d'approvisionnement, du fait de la hausse des prix et/ou de la hausse du fret.

L'une des conséquences seraient la rupture des médicaments dans certaines formations sanitaires ; la baisse de la qualité des résultats escomptés...

### c) *Existence des paiements directs informels*

Il s'agit des circuits de paiement non préalablement prévus. Ces circuits peuvent à moyen terme distraire les ressources et les empêcher d'arriver à bon port au temps escompté.

### d) *Adhésion excessive ou non adhésion de la cible*

Elle s'explique par l'arrivée de la population cible plus importante que celle prévue initialement et inversement.

### e) *Indisponibilité des médicaments et des intrants*

La cause probable est la vente de ces médicaments dans des circuits non maîtrisés et qui échappent au contrôle de l'organe affecté à cette cause.

L'une des conséquences pouvant être la rupture des médicaments à laquelle l'on peut associer à la défaillance des fournisseurs. Elle peut aboutir au découragement des acteurs de la chaîne.

*f) Indisponibilité de la ressource humaine en qualité et en quantité*

La main d'œuvre peut manquer dans un maillon de la chaîne du programme. Ce déficit peut être causé par la défection des premiers cadres ou alors l'incompétence due à un mauvais casting au préalable. Ces manquements nécessitent des techniques appropriées de compensation, car pouvant ralentir le processus de la CSU phase pilote.

*g) Indisponibilité des ressources financières*

Dans ce cas, il peut s'agir d'un retard de paiement d'une partie comme une autre. Il peut s'agir du cas des nouvelles charges non prévues initialement. Il peut enfin s'agir d'un évènement majeur et aléatoire, dû à l'insécurité ou à une mauvaise gestion des facteurs de sécurité des ressources.

*h) Mauvaise appropriation de la politique*

Une mauvaise collaboration dans la chaîne de fonctionnement peut être la principale cause. Il peut également s'agir d'une distraction des acteurs, du fait d'autres priorités. Enfin, une cause exogène indépendante de la volonté des acteurs peut être la cause.

*i) Conflits entre les acteurs de la chaîne*

Ces différents conflits ont pour causes, les questions de complémentarité des attributs, le respect de la mutualisation et de la frontière des compétences.

*j) Informatique (Non Coordination des ressources numériques)*

Dans ce domaine, le principal acteur peut se heurter aux différentes réflexions menées par les acteurs secondaires, qui ne concorderaient pas à première vue à celles conçues initialement.

**2. Echelle de Gravité du risque**

Cotation	Qualificatif	Correspondances		
		Risques associées aux soins (conséquences pour le patient)	Risques à priori au processus (conséquences pour le MINSANTE)	Risques professionnels (conséquences professionnelles)
1	Faible	Pas de soins spécifiques	Conséquences entraînant un simple ajustement	Dommages physiques ou psychologiques légers
2	Modérée	Prise en charge des conséquences	Dénigrement du programme existence des plaintes sans une forte conséquence juridique Perte financière sans modification du budget	Arrêt de travail pour une courte période
3	Elevée	Augmentation du temps de prise en charge	Plaintes juridiques contre le MINSANTE Pertes financières, impactant le budget initial	Arrêt de travail pour une longue période
4	Catastrophique	Décès du patient	Pertes financières, mettant en péril toute la chaîne de fonctionnement du programme	Décès professionnel

### 3. Echelle de fréquence du risque

Cotation	Qualificatif	Correspondances
1	Très rare/exceptionnel	Le risque semble impossible à se réaliser Le risque concerne peu de patients
2	Rare	Le risque ne s'est jamais produit à ce jour ou exceptionnellement
3	Fréquent	Le risque se produit ponctuellement
4	Très fréquent	Le risque s'est déjà produit ; il se produit régulièrement ; il concerne de nombreux patients

### 4. Echelle de maîtrise du risque

Cotation	Qualificatif	Correspondances
1	Très forte	Risque parfaitement Maitrisable Nombreuses mesures de maîtrise existantes et pertinentes
2	Forte	Risque maitrisable avec les mesures de maîtrise existantes et pertinentes, mais nécessitant les actions d'amélioration supplémentaires envisageables
3	Faible	Risque partiellement maitrisable, car peu de mesures de maîtrise existent Nécessité des mesures d'action supplémentaires
4	Nulle	Risque non maitrisable, car absence totale des mesures de maîtrises Les actions d'amélioration sont indispensables

**Tableau de synthèse des risques**

<b>Risques</b>	<b>Causes</b>	<b>Conséquences</b>	<b>Mesures de maîtrise existantes</b>	<b>Gravité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Maîtrise</b>
La soutenabilité budgétaire	L'insolvabilité de la politique publique, du fait de la lourdeur liée aux tensions de trésorerie.	Frein au processus de la politique à court, moyen et long terme	Inscription à temps dans le budget de l'Etat et engagement rapide du dossier lié aux finances	4	4	3
Lenteur et lourdeur de l'ensemble du système financier	Tensions de trésorerie Défaillance des fournisseurs	Rupture des médicaments dans certaines formations sanitaires ; baisse de la qualité des résultats escomptés	Mesure de logement des ressources dans un basket found.	4	4	3
Existence des paiements directs informels	Créations des circuits parallèle de transit des fonds du programme	Distraction à moyen terme des ressources et entraves à la circulation à bon port des fonds, au temps escompté	Contrôler à une fréquence élevée l'unicité du moyen de paiement	3	3	3
Adhésion excessive ou non adhésion de la cible	Arrivée de la population cible plus importante que celle prévue initialement et inversement.	Saturation de la Chaîne du programme Insuffisance des ressources en cours de période	Définir un intervalle de confiance de l'effectif à prendre en charge	2	4	2
Indisponibilité des médicaments et des intrants	Vente de ces médicaments dans des circuits non maîtrisés	Rupture des médicaments Défaillance des fournisseurs Découragement de certains acteurs	Sanction des contrevenants afin de décourager la prospérité des pareilles idées	4	4	3
Manque de Main d'œuvre	Démissions fréquentes Incompétences	Mauvaises prestations Insatisfaction des patients	Collaborer avec un cabinet en cas d'urgence Disposer à la DRH d'une plateforme facilement accessible, pour les recrutements	2	4	1
Indisponibilité des ressources financières	Mauvaise gestion Perte, due à un braquage	Frein à l'évolution du programme Retard ou absence de prise en charge	Réserver un stock de sécurité, permettant de gérer les cas de crise. Cette situation se gère mieux en cas de fonds de contrepartie	3	3	3
Mauvaise appropriation de la politique	Mauvaise collaboration dans la chaîne de fonctionnement Distraction des acteurs, du fait d'autres préoccupations	Frein au processus de la politique à court, moyen et long terme	Développement des capacités des acteurs	2	4	1

Rupture des médicaments	Défaillance du fournisseur Ventes illicites des médicaments	Découragement des acteurs de la chaîne Défection des patients Non atteinte des résultats escomptés	Puiser les médicaments dans le stock de sécurité	4	4	3
Non-respect du cahier de charge par les sous-traitants	Mauvaise collaboration dans la chaîne de fonctionnement Distraction du sous-traitant pour d'autres priorités	Découragement des acteurs de la chaîne Défection des patients Non atteinte des résultats escomptés	Changement de sous-traitant au cours de la période S'approvisionner dans le stock de sécurité	4	4	3
Mauvaise gestion des médicaments	Vente des médicaments dans les circuits illicites	Rupture des médicaments Assèchement des caisses Décès des patients	Sanction des contrevenants afin de décourager la prospérité des pareilles idées	4	4	3
Conflits entre les acteurs de la chaîne	Questions de complémentarité des attributs, le non-respect de la mutualisation et de la frontière des compétences	Frein au processus de la politique à court, moyen et long terme	Rigueur de l'unité de Coordination dans le processus du programme	2	4	1
Informatique (Non Coordination des ressources numériques)	Chocs d'idées controversées	Informations multiformes	Désigner une unité Gestion, avec de pleins pouvoirs	2	4	1

Activité	Responsable de mise en œuvre	Acteurs de mise en œuvre	Délais de mise en œuvre
Présentation, validation et adoption du cadre de référence	IGSMP	MINSANTE, MINFI, SPM, MINTSS, MINAS, MINPROFF, SUCAM, PTF	31-mars-22
Mutualisation des ressources informatiques	Cel Informatique	CIS, CTN-PBF, UCPC, GIZ, SUCAM, AFD	15-avr-22
Révision de la Convention des FRPS Est et Sud	DAJC	MINSANTE, FRPS, PTF	20-avr-22
Définition du cadre commun d'intervention SUCAM et structures du projet	IGSMP	MINSANTE, SUCAM, Comité Paritaire de Suivi du PPP	20-avr-22

<b>Activité</b>	<b>Responsable de mise en œuvre</b>	<b>Acteurs de mise en œuvre</b>	<b>Délais de mise en œuvre</b>
Mise en place des unités de pilotage et coordination du projet	IGSMP	MINSANTE, SPM	30-avr-22
Mobilisation des ressources pour la phase pilote	IGSMP	MINSANTE (DRFP, DEP), MINFI	10-mai-22
Renforcement logistique des Unités de mise en œuvre de la phase pilote dans les Régions de l'Est et du Sud	DEP	DEP, FRPS	21-mai-22
Sensibilisation des bénéficiaires sur la phase pilote de la CSU	DS	DS, Communautés	21-mai-22
Accréditation des FOSA et mise à niveau des plateaux techniques	DOSTS	DOSTS, Unité de gestion du projet, FRPS	30-mai-22
Renforcement des capacités des acteurs de la mise en œuvre du projet (DRSP, FRPS, DS, FOSA)	Unité de gestion du projet	Acteurs de mise en œuvre du projet	15-juin-22
Enrollement des bénéficiaires	FRPS et FOSA, DS	FRPS, DS, FOSA, Femmes enceinte	01-juil-22
Révision du cadre d'intervention de l'UCPC et de son organigramme	DAJC	DEP, DRFP, DCCOOP, DPS, DSF	20-nov-22



**ANNEXES**

**Coût de prise en charge des femmes enceintes en 2022**

Région	Femmes enceintes attendues	Taux d'adhésion	Contributions (6 000 par femme)	Coût moyen de prise en charge des femmes enceintes	Gap à combler
Adamaoua	63 106	62%	234 754 320	2 112 788 880	
Est	49 951	50%	149 853 000	1 348 677 000	1 198 824 000
Extrême Nord	243 114	60%	875 210 400	7 876 893 600	
Nord	140 775	60%	506 790 000	4 561 110 000	
Sud	29 105	50%	87 315 000	785 835 000	698 520 000
<b>TOTAL</b>	<b>526 051</b>		<b>1 853 922 720</b>	<b>16 685 304 480</b>	<b>1 897 344 000</b>

**coût de gestion et de mise en place de la CSU en 2022 au Cameroun**

Région	Coûts de mise en place	Coût de gestion	Total
Adamaoua			
Est	0	0	
Extrême Nord	339 330 000	230 000 000	569 330 000
Nord			
Sud		230 000 000	230 000 000
<b>TOTAL</b>	<b>624 880 000</b>	<b>460 000 000</b>	<b>1 084 880 000</b>

**Coût total 2022**

Prestations	1 897 344 000
Gestion et mise en place	1 084 880 000
<b>Total attendu</b>	<b>2 982 224 000</b>

**Population des femmes enceintes entre 2018 et 2022**

	2018	2019	2020	2021	2022
Adamaoua	52 803	54 267	55 183	62 907	63 106
Est	39 285	40 196	40 144	48 801	49 951
Extrême-Nord	212 433	218 892	231 577	236 616	243 114
Nord	125 063	129 817	133 415	136 152	140 775
Sud	25 407	25 793	25 364	28 647	29 105

**Évolution du taux de croissance des femmes enceintes entre 2018 et 2022**

	2018	2019	2020	2021	2022	Moyenne	Moyenne arbitrée
Adamaoua	2,77	1,69	14,00	0,32	4,69	2,07	
Est	2,32	-0,13	21,56	2,36	6,53	2,21	
Extrême-Nord	3,04	5,80	2,18	2,75	3,44	3,44	
Nord	3,80	2,77	2,05	3,40	3,00	3,00	
Sud	1,52	-1,66	12,94	1,60	3,60	1,01	

**Femmes enceintes entre 2018 et 2021 et projections 2022-2025 (en appliquant une croissance moyenne)**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Adamaoua	52 803	54 267	55 183	62 907	63 106	66 068	69 169	72 415
Est	39 285	40 196	40 144	48 801	49 951	53 212	56 685	60 385
Extrême-Nord	212 433	218 892	231 577	236 616	243 114	251 476	260 125	269 072
Nord	125 063	129 817	133 415	136 152	140 775	145 005	149 363	153 851
Sud	25 407	25 793	25 364	28 647	29 105	30 153	31 238	32 362

**Femmes enceintes entre 2018 et 2021 et projections 2022-2025 (en appliquant une croissance moyenne arbitrée)**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Adamaoua	52 803	54 267	55 183	62 907	63 106	64 412	65 744	67 105
Est	39 285	40 196	40 144	48 801	49 951	51 057	52 188	53 344
Extrême-Nord	212 433	218 892	231 577	236 616	243 114	251 476	260 125	269 072
Nord	125 063	129 817	133 415	136 152	140 775	145 005	149 363	153 851
Sud	25 407	25 793	25 364	28 647	29 105	29 399	29 696	29 997

**Projection des femmes enceintes entre 2022 et 2025**

Région	2022	2023	2024	2025
Adamaoua	62%	62,5%	63,0%	63,5%
Est	50%	53%	56%	60%
Extrême-Nord	60%	60,5%	61,0%	61,5%
Nord	60%	60,5%	61,0%	61,5%
Sud	50%	53%	56%	59%

**Projection des coûts de prise en charge des femmes enceintes 2023-2025**

	2022	2023	2024	2025
Adamaoua		2 229 790 551	2 353 120 912	2 483 116 294
Est		1 551 652 341	1 775 380 187	2 021 704 972
Extrême-Nord		8 215 712 989	8 568 521 190	8 935 879 660
Nord		4 737 320 958	4 920 003 470	5 109 387 356
Sud		895 533 974	1 012 112 154	1 135 922 651
<b>TOTAL</b>		<b>17 630 012 836</b>	<b>18 629 139 937</b>	<b>19 686 012 958</b>

**Coût de gestion de la CSU entre 2023-2025**

	2022	2023	2024	2025
Adamaoua		250 000 000	250 000 000	250 000 000
Est		250 000 000	250 000 000	250 000 000
Extrême-Nord		250 000 000	250 000 000	250 000 000
Nord		250 000 000	250 000 000	250 000 000
Sud		250 000 000	250 000 000	250 000 000
<b>TOTAL Gestion</b>		<b>1 250 002 023</b>	<b>1 250 002 024</b>	<b>1 250 002 025</b>

**Coût de gestion par an de la CSU entre 2023-2025**

	2022	2023	2024	2025
<b>COÛT TOTAL</b> (prise en charge et gestion)		<b>18 880 014 859</b>	<b>19 879 141 961</b>	<b>20 936 014 983</b>