

COUVERTURE SANTE UNIVERSELLE AU CAMEROUN : Etat des lieux et défis à relever pour accélérer cette réforme cruciale pour le système de santé en quête incessante de plus de ressources

FOUAKENG F.^{1,2,*}, NJOUMEMI Z.², GNIGNINANJOUENA O.¹, BACHAM W.² et ANGWAFO III F.²

¹Ministère de la santé publique, Yaoundé, Cameroun ; ²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I. BP 1364 Yaoundé Cameroun.

*Auteur correspondant : Dr FOUAKENG Flaubert, Docteur en Médecine, Spécialiste en Santé Publique et Economie de la santé, Doctorant/PhD à la ²Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP 1364 Yaoundé Cameroun. Tél. : (237) 677613008 / 694839598. Email: docfouak@yahoo.fr

Messages clés :

1. La Couverture Santé Universelle est devenue un enjeu mondial dans le cadre des ODD de 2016-2030.
2. Comme beaucoup d'autres pays, le Cameroun rencontre encore des difficultés pour implémenter cette réforme cruciale pour les systèmes de santé et de sécurité sociale dans les pays à faible et moyen revenu.
3. Les défis à relever pour accélérer la mise en œuvre de cette réforme au Cameroun sont d'ordre méthodologique, organisationnel, financier et managérial.

Résumé

La Couverture Santé Universelle (CSU) est entrée dans sa phase la plus déterminante à l'occasion des Objectifs de Développement Durable (ODD) de 2016-2030. Cependant, le Cameroun rencontre encore des difficultés pour accélérer la mise en place de cette réforme cruciale pour les pays à faible et moyen revenu. Même si la Stratégie Sectorielle de Santé de 2001-2015 a permis d'améliorer la plupart des indicateurs des Programmes prioritaires de santé publique (mais sans atteindre la couverture universelle escomptée), la protection financière contre le risque maladie (couverture en assurance-maladie) reste extrêmement faible et est au centre d'une réflexion en cours au plus haut sommet du système de santé depuis 2015. Cependant, après l'échec de la promotion des Mutuelles de santé entre 2000 et 2015, le schéma de configuration d'un nouveau système d'assurance-maladie reste l'une des principales préoccupations des autorités sanitaires, ainsi que la qualité des soins, les groupes cibles et le panier de soins à couvrir pour chacun de ces groupes. A l'issue de l'analyse du processus de cette réforme, plusieurs défis restent à relever. En outre, les défis sont d'ordre méthodologique, organisationnel, financier et managérial. Il importe de revoir l'approche, de prendre en compte la situation économique du pays et la politique de décentralisation et de promotion du secteur privé dans la définition de la configuration (schéma organisationnel), du mode de financement et de gestion du système. D'autre part, la qualité des soins doit être améliorée afin de satisfaire la population et faciliter le développement du système d'assurance-maladie.

Mots-clés : Couverture santé universelle, Etat des lieux, Réforme cruciale, Défis à relever, Cameroun.

Key messages

1. Universal Health Coverage has become a global issue under the 2016-2030 SDGs.
2. Like many other countries, Cameroon still encounters difficulties in implementing this crucial reform for the health and social security systems in low and middle income countries.
3. The challenges to be met in order to speed up the implementation of this reform in Cameroon are methodological, organizational, financial and managerial.

Summary

Universal Health Coverage (UHC) has entered its most critical phase in the context of the 2016-2030 Sustainable Development Goals (SDGs). However, Cameroon still faces difficulties in accelerating the implementation of this crucial reform for low- and middle-income countries. Even if the Health Sector Strategy of 2001-2015 allowed improving most of the indicators of the priority Programs of public health (but without reaching the expected universal coverage), the financial protection against the risk of illness (health insurance coverage) remains extremely low and is in the center of a current reflection at the highest summit of the health system since 2015. However, after the failure of the promotion of Mutual Health Organizations between 2000 and 2015, the configuration of a new health insurance system stills one of the main concerns for sanitary authorities, as well as the quality of healthcare, the target groups and the benefit package to be covered for each group. At the end of the analysis of the process of this reform, several challenges remain to address. Besides, the challenges are of methodological, organizational, financial and managerial order. It is important to review the approach, to take into account the economic situation of the country, the decentralization policy and the promotion of the private sector in the definition of the configuration, the way of financing and the management of the system. On the other hand, the quality of care must be improved in order to satisfy the population and facilitate the development of the health insurance system.

Keywords: Universal Health Coverage, State of play, Crucial Reform, Challenges to address, Cameroon.

1. Introduction

Depuis la fin de l'Etat-providence autour de 1990, garantir l'accès équitable aux soins de santé de qualité et assurer une protection financière contre le risque maladie pour tous sont devenus des préoccupations majeures du Gouvernement camerounais. En effet, le recouvrement des coûts et les paiements directs qui ont résulté de l'Initiative de Bamako de 1987 (1, 2, 3, 4) ont aggravé le problème d'inaccessibilité financière aux soins de santé avec pour conséquence la détérioration des indicateurs de santé au cours des décennies 1990 et 2000. Par exemple, la mortalité maternelle est passée de 430 en 1998 (5) à 669 en 2004 (6) puis à 782 pour 100.000 naissances vivantes en 2011 (7).

Pour répondre à cette situation, la Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015 a fixé les bases de l'amélioration de l'accès équitable aux soins de santé et de protection financière contre le risque maladie en ce sens que l'Etat avait prévu de développer plusieurs Programmes de santé publique offrant certains services et soins gratuitement et de promouvoir les Mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire pour couvrir 40% de la population, particulièrement les couches les plus pauvres ou vulnérables. La décennie 2001-2010 a donc été celle du développement des grands Programmes de santé publique et de la promotion des Mutuelles de santé dans tout le pays. A partir de 2010, alors que les grands Programmes de santé publique étaient en plein essor, les Mutuelles de santé ont commencé à montrer leurs limites et la réforme sur laquelle le pays avait fondé beaucoup d'espoir s'est trouvée inefficace et a évolué vers l'extinction à l'horizon 2015. Entre 2012 et 2015, la Couverture Santé Universelle (CSU) est devenue un enjeu mondial (8, 9, 10). Les pays à faibles et moyens revenus dont le Cameroun fait partie sont les plus concernés par cette nouvelle réforme des systèmes de santé qui vise à garantir l'accès équitable aux soins de santé de qualité et en assurer une protection financière pour tous. C'est à ce titre que le Gouvernement du Cameroun s'est engagé dès 2015 dans cette nouvelle réforme de son système de santé dans la perspective de progresser vers la CSU à l'horizon 2030 comme recommandé par les ODD. Après quatre années de réflexion, une analyse a été faite pour présenter l'état des lieux et déterminer les défis à relever pour cette réforme cruciale pour le système de santé camerounais en quête incessante de plus de ressources.

2. Concept de Couverture Santé Universelle et situation du Cameroun

2.1. Concept de Couverture Santé Universelle

Selon l'OMS (11,12), la Couverture Santé Universelle (CSU) consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services et soins préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin, que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. La CSU est ainsi subdivisée en deux composantes à savoir :

- Composante N°1 : La couverture universelle en services et soins de santé de qualité, c'est-à-dire la disponibilité de l'offre des services et soins curatifs, préventifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé pour l'ensemble de la population ;
- Composante N°2 : La couverture universelle contre le risque financier lié à la maladie. c'est-à-dire la couverture de toute la population en assurance-maladie.

Cette décomposition de la CSU en deux composantes est illustrée par la figure 1.

Pour évaluer le niveau d'avancement d'un pays vers la CSU, on peut se poser trois questions qui correspondent aux trois dimensions de la CSU décrites par l'OMS en 2008 (13), 2010 (11) et 2013 (12) et illustrées par la figure 2. Ces trois questions sont les suivantes :

1. Quelle est la proportion de la population couverte dans chacune des deux composantes ? Cette proportion doit tendre vers 100%, c'est-à-dire l'ensemble de la population.
2. Quels sont les services et soins de santé couverts ? Tous les services et soins essentiels doivent être couverts pour toute la population.
3. Quel est le niveau de protection financière ? En d'autres termes, quelles est la part des frais de santé laissée à la charge des usagers des services pour les paiements directs ? Cette part doit être la plus faible possible ou tendre vers zéro.

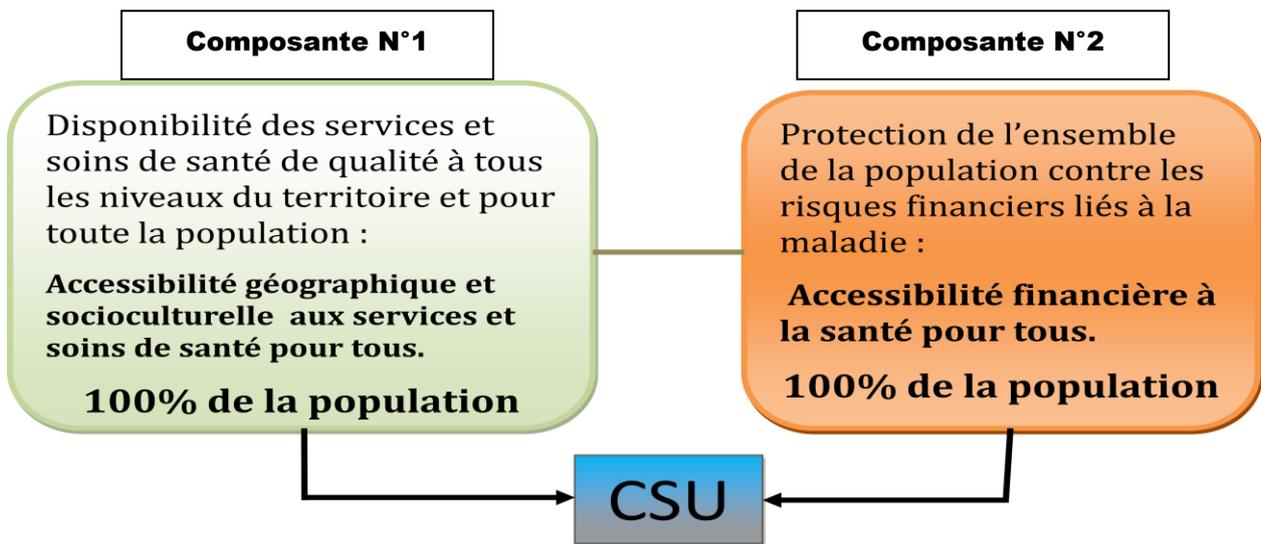


Figure 1: Illustration de la Couverture Santé Universelle en deux composantes

Les Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

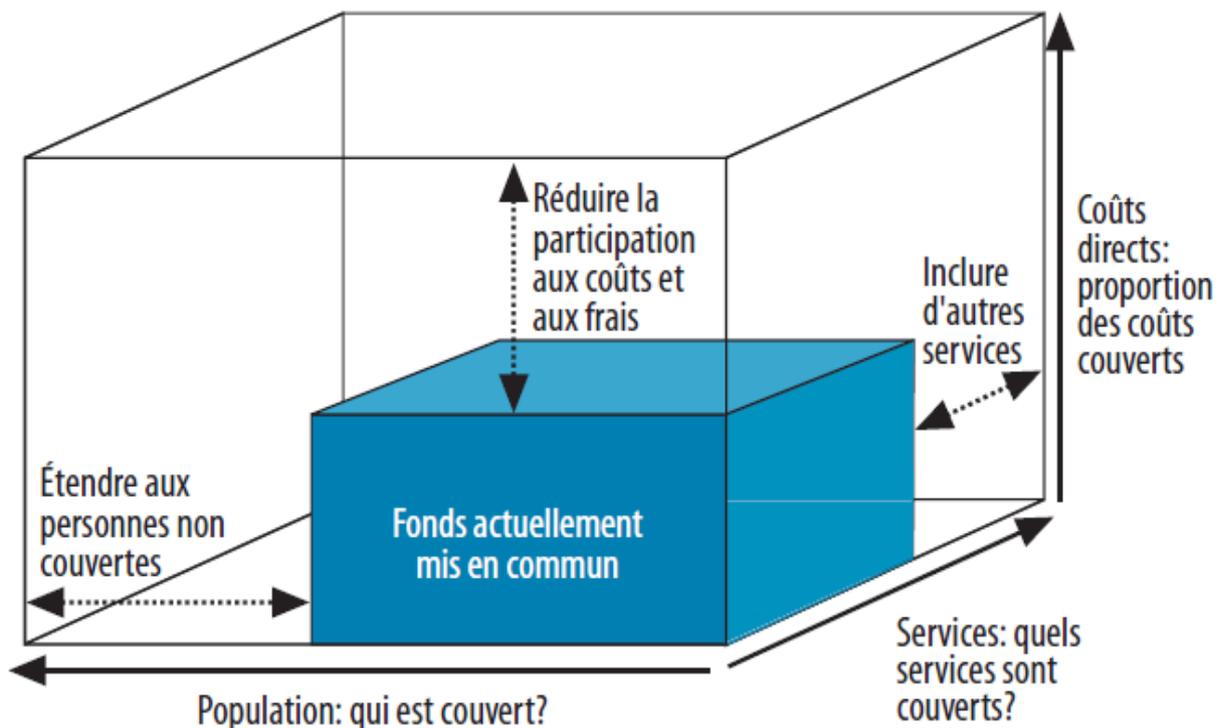


Figure 2: Les trois dimensions de la CSU (selon l'OMS) telles que décrites dans les Rapports sur la santé dans le monde de 2008, 2010 et 2013.

2.2. Situation du Cameroun par rapport à la Couverture Santé Universelle

Au Cameroun, la mise en œuvre de la composante N°1 de la CSU est la mission traditionnelle du Ministère de la santé publique et de ses partenaires nationaux et internationaux qui contribuent chaque année au développement des grands Programmes de santé publique et à la densification de la Carte sanitaire à travers la création des établissements de santé, la réhabilitation des infrastructures, le développement des ressources humaines, le renforcement des équipements et l'approvisionnement en médicaments et consommables médicaux. Les données de la Carte sanitaire du Cameroun réalisée en 2017 montrent que le secteur privé détenait 54,3% des formations sanitaires contre 45,7% par l'Etat sur un total de 5.853 (14). Il est à noter qu'en 2001, 83% des Centres de santé étaient publics tandis que 17% seulement étaient privés à but non lucratif (15). Cependant, selon la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 (16), la répartition des infrastructures sanitaires sur le territoire est inéquitable, le déficit en ressources humaines en santé reste important et les ruptures de stock en médicaments et vaccins sont fréquentes. En outre, les formations sanitaires souffrent d'une insuffisance qualitative et quantitative des plateaux techniques qui limite leur utilisation. Cette utilisation était estimée à 52,6% seulement en 2007 (16). Les données sur la proportion de la population vivant à plus d'une heure de marche ou plus de 20 km d'une formation sanitaire n'ont pas été retrouvées. Cependant, les taux de couverture atteints par certains grands Programmes de santé publique en 2014 (17) qui sont présentées dans le tableau 1 montrent que l'écart pour atteindre la couverture universelle reste important dans diverses interventions de santé.

Tableau 1 : Quelques taux de couverture atteints par les Programmes prioritaires de santé publique en 2014 (17)

Désignation du programme	Quelques indicateurs clés	Taux de couverture atteints en 2014	
PEV	Taux de couverture vaccinale en DTCoq3-Hep3-Hib3	79,60%	
	Taux de couverture vaccinale des femmes enceintes en VAT2	73,90%	
	Taux de couverture vaccinale complète chez les enfants	64,40%	
Paludisme	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) la nuit précédente	54,80%	
	Pourcentage des membres des ménages ayant dormi sous une MII la nuit précédente	47,50%	
	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi sous une MII la nuit précédente	52,30%	
	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant reçu au moins 3 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine, dont l'une au moins a été reçue durant un examen de santé prénatal, afin de prévenir le paludisme au cours de leur dernière grossesse ayant abouti à une naissance vivante au cours des 2 dernières années	26,00%	
VIH/SIDA	Pourcentage de personnes âgées de 15-49 ans qui se sont fait dépister pour le VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Femmes	25,10%
		Hommes	22,50%
	Pourcentage de jeunes âgés de 15-24 ans qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, qui ont été dépistés pour le VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat	Femmes	30,70%
		Hommes	22,50%
	Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des 2 dernières années, reçu des soins prénatales pendant la grossesse de leur naissance la plus récente, et indiqué qu'on leur a proposé et qu'elles ont accepté un test de dépistage du VIH lors des soins prénatals et reçu les résultats		56,40%
Pourcentage de personnes âgées de 15-49 ans ayant déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois et rapportent également qu'un préservatif a été utilisé la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels	Femmes	29,60%	
	Hommes	44,70%	

Source : Tableau construit à partir des données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples de 2014 (17).

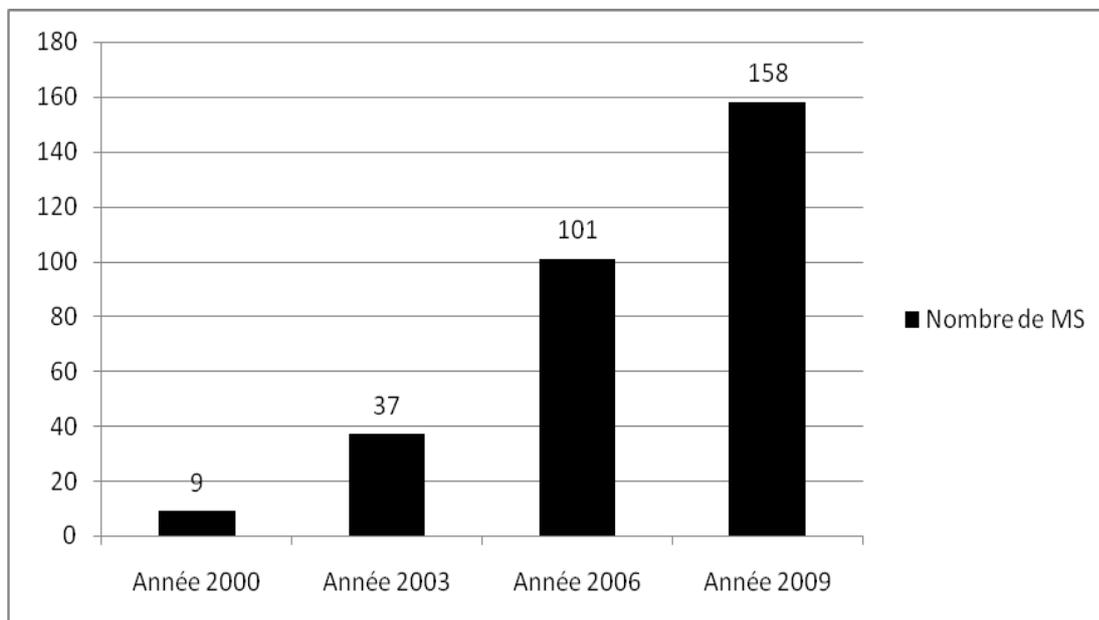
La mise en œuvre de la composante N°2 de la CSU (protection contre le risque financier lié à la maladie) est assurée essentiellement par les Assurances privées et les Mutuelles de santé pour tout le monde et sur une base volontaire, par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui couvre les accidents de travail et les maladies professionnelles pour les travailleurs du secteur privé formel, par l'Etat (Ministère des finances) pour les fonctionnaires ou agents publics et leurs familles (18), et par l'Etat (Ministère des affaires sociales) et les Collectivités Territoriales Décentralisées pour les indigents et nécessiteux (19, 20). Malgré cette multitude de dispositifs pouvant assurer une protection financière contre le risque maladie, le niveau de couverture de la population camerounaise en assurance-maladie reste très faible, estimé autour de 3% seulement selon l'EDS-MICS 2011 (7) comme le montre le tableau 2. Les hommes ont une couverture largement supérieure à celle des femmes avec un sex-ratio de 2,6 (soit environ trois hommes pour une femme). La conséquence de ce faible taux de couverture par l'assurance-maladie est le niveau très élevé des paiements directs dans les établissements de santé, estimé à 70,6% dans les Comptes Nationaux de la Santé de 2012 (21).

Tableau 2 : Taux de couverture en assurance maladie de la population camerounaise selon la répartition par sexe, milieu de résidence, niveau d'instruction, et selon le niveau de richesse

Type de population	Femmes	Hommes	Ratio Hommes/Femmes
Milieu de résidence			
Yaoundé / Douala	2,70%	8,20%	3
Autres villes	2,40%	5,40%	2,2
Ensemble urbain	2,50%	6,50%	2,6
Rural	0,70%	2,00%	2,8
Niveau d'instruction			
Aucun	0,30%	0,40%	1,3
Primaire	1,10%	2,50%	2,3
Secondaire 1 ^{er} cycle	1,50%	1,50%	1
Secondaire 2 ^e cycle ou plus	4,40%	4,40%	1
Quintile de bien-être économique			
Le plus pauvre	0,10%	0,20%	2
Second	0,60%	1,90%	1,3
Moyen	1,50%	2,70%	1,8
Quatrième	1,50%	5,30%	3,5
Le plus riche	3,90%	8,90%	2,3
Ensemble 15-49 ans	1,70%	4,50%	2,6
Hommes 50-59 ans		6,20%	
Ensemble (H) 15-59 ans		4,70%	

Source : Tableau construit à partir des résultats de l'EDS-IM 2011, Tableaux de la page 56 (7).

Le tableau 2 montre que la couverture en assurance-maladie au Cameroun est encore très faible. Pourtant, dès 1998, le Cameroun s'était engagé à faciliter l'accès financier de sa population aux soins de santé de qualité à travers le développement des Mutuelles de santé inscrit dans le Plan National de Développement Sanitaire 1998-2008 (22), puis dans le Plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé 2006-2010 (23). L'objectif de ce dernier Plan stratégique était de couvrir au moins 40% de la population par les Mutuelles de santé à l'horizon 2010. Entre 1998 et 2010, le nombre de Mutuelles de santé créées à travers le pays est passé de 9 recensées en 2000 à 158 recensées en fin 2009 d'après les travaux du SAILD (24), KOPNANG (25) et EPOS (26). La figure 3 illustre l'évolution du nombre de Mutuelles de santé entre 2000 et 2010.



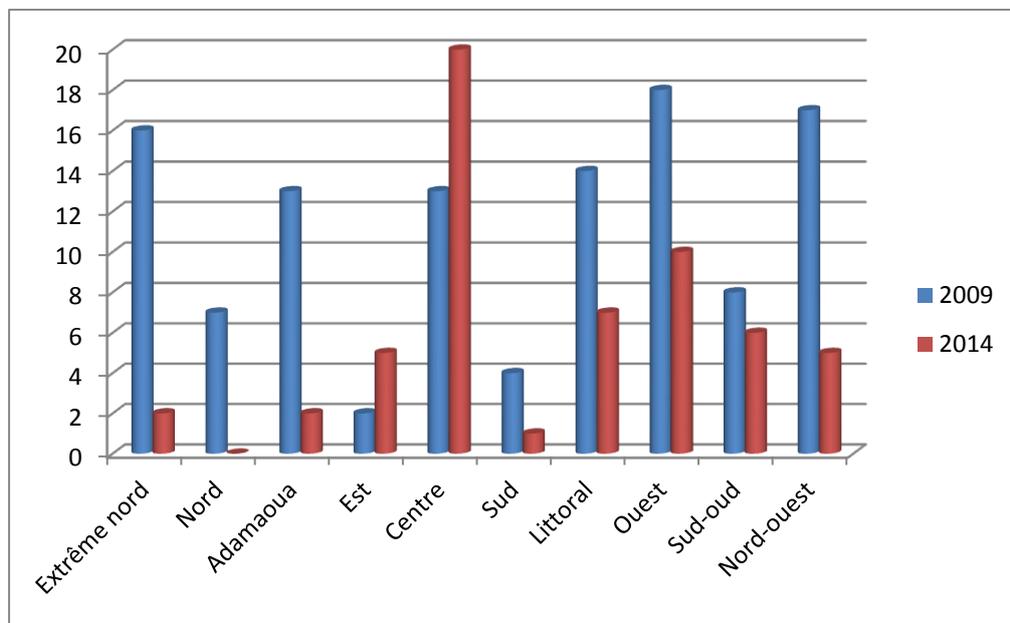
Source : EPOS et SAILD. Rapport provisoire de l'étude diagnostique et cartographique des mutuelles de santé au Cameroun réalisée en fin 2009(26).

Figure 3 : Evolution du nombre de Mutuelles de santé au Cameroun entre 2000 et 2010.

Le rapport du recensement organisé par EPOS et SAILD en 2009 signale cependant que, malgré le nombre important Mutuelles de santé créées avec l'appui du Ministère de la santé et de ses partenaires, la population couverte ne dépassait pas 2% et la tendance était à la baisse du fait de la tendance à la faillite de ces structures, situation qui était déjà aussi relevée par une étude réalisée par KEUGOUNG (27) en 2007.

Ces rapports ont souligné que la durée de vie moyenne en fonctionnement normal des Mutuelles de santé dépassait rarement trois ans. Elles tombaient généralement en faillite suite à des faibles taux d'adhésions, l'adhésion privilégiée des personnes malades (sélection adverse), des très faibles taux de renouvellement annuel des cotisations, la surconsommation des soins ou la sur-prescription, et par conséquent l'endettement envers les établissements de santé conventionnés. Cette situation a été aussi révélée par deux études réalisées par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé de l'Hôpital Central de Yaoundé (28, 29). Les faiblesses des Mutuelles de santé étaient aussi d'ordre institutionnel, organisationnel, financier et managérial.

Du fait de ces faiblesses, le nombre de Mutuelles de santé au Cameroun a chuté de façon drastique entre 2010 et 2013, passant de 158 à 58 seulement d'après une étude réalisée par le BIT (30) et dont les résultats sont illustrés par la Figure 4. Cette situation est paradoxale lorsqu'on sait que les systèmes d'assurance-maladie Rwandais et Ghanéens qui sont les pays les plus avancés dans ce domaine en Afrique Subsaharienne sont adossés sur les Mutuelles de santé (31).



Source : BIT (2014), Rapport de l'inventaire des dispositifs de protection sociale en santé au Cameroun.

Figure 3 : Situation des mutuelles de santé au Cameroun entre 2009 et 2014.

3. Problématique de la mise en place d'un système d'assurance-maladie à accès universel au Cameroun

3.1. Le processus de réflexion en cours à partir de 2009

En 2009, alors que les Mutuelles de santé rencontraient déjà des difficultés, une Commission mise en place au Ministère du travail et de la sécurité sociale a conduit une réflexion en vue de proposer un système d'assurance-maladie couvrant toute la population du pays. Trois textes de loi portant sur la couverture sociale du risque maladie ont ainsi été élaborés et proposés, à savoir :

- Un texte de loi général sur la Couverture Sociale du Risque Maladie ;
- Un texte de loi régissant les Mutuelles de Sécurité Sociale, dont les Mutuelles de Santé ;
- Un texte de loi ou Décret régissant la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Ces propositions n'ayant pas eu d'issue favorable, le Ministère de la santé publique pilote une nouvelle réflexion dans le cadre de la CSU depuis 2015. Dans le cadre de cette autre réflexion, les activités menées entre 2015 et 2018 se présentent comme suit :

- La réalisation de l'analyse organisationnelle et institutionnelle pour l'amélioration du financement de la santé au Cameroun (étude OASIS) ;
- L'élaboration de l'architecture du système de Couverture santé universelle à mettre en place qui se présentera sur la forme d'une structure nationale unique de gestion du risque maladie ayant des démembrements au niveau régional et des articulations avec d'autres institutions notamment de l'économie sociale ;
- La définition du Régime de base obligatoire de la CSU pour l'ensemble de la population et offrant un paquet de soins et services de santé essentiels commun ;
- La définition du Panier de soins et services essentiels de base qui comporte cent quatre vingt cinq affections et interventions de santé publique adressées à toute la population, avec un accent sur la mère et l'enfant de moins de 5 ans qui sont les cibles prioritaires bénéficiant de 40% des interventions ;
- L'élaboration des Protocoles de soins pour la prise en charge efficace, harmonieuse et efficiente des patients selon le niveau des soins dans la pyramide sanitaire ;
- La définition des mécanismes adaptés d'affiliation des travailleurs de l'économie informelle et du secteur agricole au système de Couverture santé universelle ;

- La classification de la population camerounaise selon les catégories socioprofessionnelles et la détermination des capacités contributives ;
- L'estimation du coût de mise en place du Panier de soins et services essentiels de base et du coût global de mise en place du système.

Le constat en fin 2018 est que, malgré ces nombreuses réalisations, le pays tarde à agir pour booster le processus menant à la CSU. C'est pourquoi des actions plus pertinentes ont été recommandées par l'OMS lors de deux missions effectuées par ses experts en janvier et février 2019. Suite à ces missions et recommandations, un plan de développement de la CSU est actuellement en cours depuis fin 2019 avec l'appui d'un Consultant de l'OMS.

3.2. L'analyse des goulots d'étranglement

Le processus de mise en place d'un système d'assurance-maladie à accès universel au Cameroun n'a pas encore abouti après plus de 15 ans. L'analyse des goulots d'étranglement porte sur la tutelle de cette réforme, l'approche utilisée pour l'implémenter, sur le choix du modèle organisationnel du système d'assurance-maladie, de son mode de financement, de son mode de collaboration avec les établissements de santé et la qualité des soins qui y sont administrés.

3.2.1. Le problème du Ministère de tutelle de la réforme

L'analyse du processus de réforme sur la question d'assurance-maladie à accès universel (Couverture Maladie Universelle) dans différents pays montre que ces réformes sont portées soit par le Ministère en charge de la sécurité sociale, soit par le Ministère de la santé. Le tableau 3 présente les Départements ministériels porteurs de la réforme sur l'assurance-maladie dans certains pays d'Afrique Subsaharienne. On remarque à travers ce tableau que, dans les pays anglophones, ces réformes sont généralement portées par le Ministère de la santé tandis que dans les pays francophones, elles sont généralement portées par le Ministère en charge de la sécurité sociale.

Tableau 3 : Exemples de pays d'Afrique Subsaharienne et de Département(s) ministériel(s) porteur(s) de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (Assurance-maladie à accès universel)

Pays (Source des données)	Ministère(s) porteur(s) de la réforme sur la Couverture Maladie Universelle (Assurance-maladie à accès universel)
Afrique du Sud (32)	Département d'Etat à la santé
Burkina Faso (33)	Ministère de la fonction publique, du travail et de la sécurité sociale.
Gabon (34)	Ministère du travail, de l'emploi et de la prévoyance sociale ; Ministère des affaires sociales, de la solidarité, de la protection de la veuve et de l'orphelin et de la lutte contre le SIDA.
Ghana (35)	Ministère de la santé.
Kenya (36)	Ministère de la santé.
Mali (37)	Ministère de la solidarité et de l'action humanitaire (Ministère chargé de la protection sociale).
Rwanda (38)	Ministère de la santé.
Sénégal (39)	Ministère de la santé et de la protection sociale au départ, puis Ministère du travail, du dialogue social, des organisations professionnelles et des relations avec les institutions.
Tanzanie (40)	Ministère de la santé et de la protection sociale

Source : Auteurs.

3.2.2. Le problème de l'approche opérationnelle de mise en œuvre de la réforme

Différentes approches sont utilisées par différents pays pour mettre en place des systèmes d'assurance-maladie à accès universel. Le choix est généralement effectué entre trois approches différentes que sont :

- L'Approche « Institution » : Elle consiste à créer une Institution qui se charge de conduire le processus pour étendre la couverture d'assurance-maladie à toute la population.
- L'Approche « Programme » : Elle consiste à mettre en place un Programme qui se charge de conduire le processus pour étendre la couverture d'assurance-maladie à toute la population. Le Programme peut avoir pour mission de créer une ou plusieurs Institutions.
- L'Approche « Mixte » : Elle consiste à utiliser les deux approches précédentes, c'est-à-dire créer une Institution tout en mettant en place un Programme pour conduire le processus d'extension de la couverture d'assurance maladie à toute la population ou certaines couches spécifiques de populations comme par exemple celles du secteur informel, les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans ou les indigents. L'Institution et le Programme peuvent être séparés ou le Programme est intégré dans l'Institution.

Le tableau 4 présente les exemples d'Approche utilisée par certains pays d'Afrique Subsaharienne pour mettre en place leur système d'assurance-maladie à accès universel.

Par ailleurs, l'analyse des démarches opérationnelles utilisées dans d'autres pays (41) montre que la mise en place et le développement des systèmes d'assurance-maladie passe toujours par trois étapes : i) la conception du système, ii) l'expérimentation de sa mise en place dans des sites ou avec des cibles pilotes, iii) le renforcement et l'extension, ou les modifications qui s'imposent avant l'extension.

Même si le processus en cours actuellement au Cameroun est encore à l'étape de conception, l'Approche n'est pas bien cernée ni la démarche opérationnelle en trois étapes comme dans d'autres pays.

Tableau 4 : Exemples de pays d'Afrique Subsaharienne et d'approche utilisée pour mettre en place leur système d'assurance-maladie à accès universel

Pays (Source des données)	Approche utilisée	Dénomination de l'Institution et/ou du Programme
Burkina Faso (41)	Mixte	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) avec un Programme d'Assurance-Maladie Obligatoire (AMO) et un Programme d'Assurance-Maladie Volontaire (AMV) qui accompagne la mise en place et le développement des Mutuelles de santé et des structures spécialisées.
Gabon (42)	Institution	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garanties Sociales (CNAMGS)
Ghana (43)	Institution	National Health Insurance Authority (NHIA)
Kenya (36)	Mixte	National Hospital Insurance Fund (NHIF) et Programmes de renforcement du système de santé et de gratuité et subventionnement des soins pour les plus pauvres et les couches vulnérables
Mali (37)	Mixte	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) et un Programme d'accompagnement de la mise en place et de développement des Mutuelles de santé
Rwanda (38)	Mixte	Deux Institutions : La Rwandaise Assurance Maladie (RAMA) et la Military Medical Insurance (MMI) et un Programme d'accompagnement des Mutuelles de santé conduit par la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé (CTAMS)
Sénégal (39)	Programme	Programme de Couverture Maladie Universelle avec un Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle (PSD-CMU)
Tanzanie (40, 44)	Mixte	National Health Insurance Fund (NHIF) et Community Health Insurance Fund (CHIF) sous forme de Programme.

Source : Auteurs.

3.2.3. Le problème du modèle organisationnel du système

De l'analyse des systèmes d'assurance-maladie mis en place dans les pays développés (45), il ressort qu'on peut distinguer en gros trois grands types à savoir :

- Le système Beveridgien : système national de santé basé sur une structure unique portée par l'Etat qui garantit un accès universel aux soins à toute la population du pays. C'est le cas du système britannique, des pays de l'Europe du Nord (Suède, Norvège) et certains pays de l'Europe du Sud (Italie, Espagne).
- Le système Bismarckien : système d'assurance-maladie basé sur les Caisses « ouvrières » qui garantissent l'accès aux soins grâce aux cotisations salariales obligatoires. Ce type de système fonctionne simultanément avec les Assurances et Mutuelles complémentaires de santé et un système de couverture des besoins de santé des plus pauvres financé par l'Etat.
- Le système Américain : système libéral d'assurance-maladie adossé sur les Assurances privées et les Mutuelles de santé, associé à un régime résiduel financé par l'Etat pour les personnes âgées, les plus pauvres et leurs enfants.

Si la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne ont choisi de mettre en place des systèmes de type Bismarckien ou Américain ayant pour socle les Mutuelles de santé et/ou la « Caisse nationale d'assurance-maladie », le type de système de couverture d'assurance-maladie du Cameroun n'est pas encore clairement et définitivement cerné. En fait, même si le choix tend vers un système Bismarckien centralisé, c'est-à-dire adossé sur une structure centrale unique, la place qu'occuperont les Mutuelles de santé et les Assurances privées dans ce système n'est pas encore clairement définie.

3.2.4. Le problème du mode de financement de la couverture maladie

Les expériences de modes de financement de la couverture maladie dans certains pays d'Afrique Subsaharienne sont présentées dans le tableau 5. L'analyse du cas du Cameroun montre que le mode de financement n'est pas encore clairement et définitivement cerné.

3.2.5. Le problème de la collaboration des structures d'assurance-maladie avec les établissements de santé et la question de la qualité des soins

Les rapports des études sur les Mutuelles de santé au Cameroun (24-30) signalent qu'elles ont rencontré des difficultés à collaborer avec les formations sanitaires publiques, situation relevée aussi dans une étude de cas au Ghana en 2002 (48). Quelques formations sanitaires du secteur privé social se sont intéressés à bien collaborer avec certaines Mutuelles de santé, particulièrement celles du projet BEPHA (Bamenda Ecclesiastical Provincial Health Assistance) dans les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. Les formations sanitaires publiques ne se sont pas suffisamment engagées à collaborer avec les Mutuelles de santé, le Ministère de la santé publique n'ayant pas défini une politique et une démarche de contractualisation entre les structures d'assurance-maladie et l'offre publique ou privée de soins de santé. Certains établissements de santé ont signé des Conventions de collaboration avec les Mutuelles de santé et leur ont accordé des bureaux dans leur enceinte mais il n'existait pas de document officiel régissant cette forme de collaboration et, ni les Mutuelles, ni les formations sanitaires, ne disposaient de moyens leur permettant de tenir à leurs engagements, particulièrement en matière de qualité des soins offerts aux mutualistes et de remboursement des factures. Dans les rapports d'études, on relève que très souvent, le comportement du personnel de santé (secteur public en particulier) tendait à s'opposer au développement des Mutuelles de santé. Ceci du fait de la transparence que les Mutuelles de santé devaient introduire dans la gestion des recettes des formations sanitaires, ce qui n'est pas toujours souhaité par ceux des professionnels de santé habitués aux dessous-de-table et à la vente parallèle des médicaments. Pour les quelques formations sanitaires du secteur privé confessionnel qui collaboraient assez bien avec les Mutuelles (projet BEPHA), le partenariat semblait mieux fonctionner en dépit des difficultés liées à la santé financière de ces Mutuelles. Quoi qu'il en soit, concernant les Mutuelles de santé, plusieurs auteurs ont signalé que : « Développer des partenariats avec les établissements de santé qui sont fragiles et qui offrent des soins

de qualité insuffisante ne peut pas motiver la population à adhérer à ces structures d'assurance-maladie » (49-52). L'un des principaux problèmes de développement de l'assurance-maladie est donc la mauvaise qualité des services et soins dans les établissements de santé. La mise en place d'un système d'assurance-maladie au Cameroun dans le cadre de la CSU ne saurait donc se faire efficacement sans l'accompagner par un projet d'amélioration de la qualité des soins et d'accréditation des établissements de santé.

Tableau 5 : Modes de financement de l'assurance-maladie et de l'assistance médicale dans certains pays d'Afrique Subsaharienne.

Pays (Source des données)	Modes de financement de la couverture maladie par catégorie de population		
	Travailleurs du secteur formel	Travailleurs du secteur informel et indépendants	Indigents et nécessiteux
Afrique du Sud (32)	Primes d'assurance (grande partie) ; Fonds publics (très faible partie).	Fonds publics (grande partie) ; Primes d'assurance (très faible partie).	Fonds publics (totalité).
Gabon (34)	Cotisations salariales : 6,6% du salaire.	Primes d'assurance forfaitaires selon capacités contributives de chacun.	Impôt indirect sur la téléphonie mobile et les transferts d'argent à l'étranger ; Appuis des bailleurs éventuellement.
Ghana (46)	Cotisations salariales : 2,5% du total des cotisations sociales prélevées.	Primes d'assurance forfaitaires variant entre 5 et 33 USD par adulte selon le revenu.	Fonds publics : 2,5% de la TVA ; Appuis des bailleurs éventuellement.
Kenya (36)	Cotisations salariales : montant forfaitaire variable par tranche de salaire.	Primes d'assurance forfaitaires selon les revenus de chacun.	Fonds publics ; Appuis financiers des bailleurs.
Mali (37)	Cotisations salariales : 7,54% du salaire pour les agents publics et 6,56% pour les privés.	Primes d'assurance de 6,56% du salaire déclaré.	Etat (85%) ; Commune (15%) Appuis des bailleurs éventuellement.
Rwanda (38, 47)	Cotisations salariales : 15% du salaire pour les civiles et 22,5% pour les militaires.	Prime annuelle de 5 USD par personne par an ; Subventions de l'Etat, des bailleurs et des cotisations salariales (1%) du secteur formel.	Fonds publics : 13% du budget du Ministère de la santé ; Appuis des bailleurs éventuellement.
Sénégal (39)	Cotisations salariales : 4 à 15% du salaire selon le niveau.	Prime annuelle de 3.500 FCFA par personne par an ; Subventions de l'Etat à hauteur de 3.500 FCFA personne par an.	Fonds publics ; Petite contribution des nécessiteux ; Appuis des bailleurs éventuellement.
Tanzanie (40, 44)	Cotisations salariales : 6% du salaire.	Primes d'assurance forfaitaires variant entre 3 et 6 USD selon les capacités contributives.	Fonds publics ; Appuis des bailleurs éventuellement.

Source : Auteurs.

4. Les défis à relever pour accélérer l'évolution vers la Couverture Santé Universelle au Cameroun

De l'analyse de la situation actuelle du système de santé et des goulots d'étranglement pour la mise en place d'un système d'assurance-maladie à accès universel au Cameroun, il ressort que plusieurs défis restent à relever pour accélérer l'évolution vers la CSU. Ces défis se présentent ainsi qu'il suit :

- Repartir clairement les responsabilités tutélaires entre le Ministère de la santé et celui en charge de la sécurité sociale.
- Adopter « l'Approche-Programme » ou « l'Approche-Mixte » qui sont des approches plus souples, au lieu de « l'Approche-Institution » qui nécessite l'adoption de nouvelles lois pour créer une nouvelle Institution et la mobilisation d'importantes ressources financières et humaines.
- Renforcer l'offre de soins tout en favorisant un recrutement massif du personnel de santé afin de mettre à la disposition de toute la population des services de santé essentiels de qualité et des ressources humaines qualifiées en quantité suffisante.
- Renforcer les Programmes de santé publique qui offrent des services et soins gratuits ou subventionnés afin d'étendre leur couverture à toute leurs cibles et améliorer leurs indicateurs de performance.
- Concevoir et développer un système de couverture maladie adapté aux ressources dont le pays est capable de mobiliser et qui prend en compte la place prépondérante et les contributions des ménages et des acteurs du secteur privé.
- A l'instar de certains pays d'Afrique Subsaharienne un peu plus avancés dans le domaine de la couverture maladie universelle (Rwanda, Ghana, Sénégal), il faudra accorder une place prépondérante aux Collectivités Territoriales Décentralisées dans la mise en place du Régime public d'assurance-maladie ou d'assistance médicale. Les interventions visant particulièrement la couverture des indigents et nécessiteux pourraient être intégrées dans les Plans de Développement Communaux. Ce qui réduirait les difficultés, les coûts et les délais d'une gestion centralisée tout en améliorant la gouvernance.
- Améliorer la qualité des soins pour satisfaire la demande pressante en soins de qualité. A ce titre, il faudra :
 - Améliorer davantage la qualité des formations initiales et continues des médecins, infirmiers et techniciens spécialisés, puis les recruter et les affecter en périphérie pour offrir des soins de qualité aux populations à la base.
 - Développer et étendre davantage les infrastructures et les équipements des services de santé de base afin d'améliorer le plateau technique des Centres de santé, des Centres médicaux, des Hôpitaux de district et des Hôpitaux régionaux. Cela permettra de réduire les difficultés locales d'accès aux soins de qualité et les coûts d'évacuation des malades dans les Hôpitaux centraux, généraux ou au CHU, voire à l'étranger. Ce qui réduirait à terme les dépenses de santé remboursable par l'assurance-maladie.
 - Instaurer les démarches qualités et accréditer les établissements de santé aussi bien publics que privés.
 - Instaurer la transparence dans la gestion des établissements de santé aussi bien du sous secteur public que du sous secteur privé : Tarification transparente des soins respectant les tarifs officiels déjà fixés ou à fixer par l'Etat ; Facturation transparente de tous les soins à tous les niveaux.
 - Définir le circuit des soins pour tous les malades en dehors des urgences : Inscription ou abonnement des ménages auprès d'un établissement de santé (Centre de santé, Centre ou Cabinet médical, Hôpital de district) qui sera l'établissement de santé référent pour certains types de soins ou de pathologies.
 - Revoir le mode de financement des établissements de santé et de rémunération des professionnels de la santé : Exploiter les aspects positifs du PBF (Financement basé sur la performance) qui accorde des subsides ou primes de performance en sus du salaire ; Prendre

en compte la possibilité pour les médecins spécialistes d'avoir une clientèle privée contrôlée, ou la possibilité d'avoir une activité privée formelle en dehors de l'hôpital !

- Favoriser le développement d'une offre de soins privée sociale ou lucrative pour compenser le sous-financement du système de santé par l'Etat.

5. Conclusion

Le Cameroun rencontre des difficultés pour évoluer vers la Couverture Santé Universelle. Les Mutuelles de santé créées entre 2000 et 2010 avec l'appui (insuffisant) de l'Etat et des partenaires au développement n'ont pas eu les résultats escomptés du fait d'un déficit organisationnel, managérial et bien d'autres difficultés. Le modèle de système d'assurance-maladie proposé par le Ministère du travail et de la sécurité sociale en 2009 n'a pas eu d'issue favorable et le processus de mise en place de la CSU engagé par le Ministère de la santé publique depuis 2015 tarde à prendre son envol. Cette réforme cruciale pour le système de santé se heurte donc à plusieurs goulots d'étranglement. Pour lever ces goulots d'étranglement et accélérer l'évolution vers la couverture universelle, il importerait de bien répartir les responsabilités entre le Ministère de la santé et celui de la sécurité sociale, d'adopter l'Approche-Programme, de renforcer l'offre de soins et les Programmes de santé publique, de choisir le modèle de système d'assurance-maladie à mettre en place en tenant compte des capacités financières du pays, de la politique de décentralisation en cours et de la place des acteurs du secteur privé comme l'ont fait beaucoup d'autres pays. La démarche doit ainsi relever ces défis organisationnel, financier et managérial qu'exige un système efficace et viable de Couverture Santé Universelle dans un pays. La viabilité du système d'assurance-maladie à mettre en place dépendra au final de la qualité des services et des soins dans les établissements de santé ainsi que du comportement du personnel soignant. Les établissements de santé devront s'engager dans des démarches qualités et être accrédités. Le personnel soignant devra non seulement être bien formé, mais assurer des meilleurs services et soins aux patients, et surtout rompre avec les dessous-de-table et les pratiques parallèles qui créent des malaises au sein de la population et impactent négativement sur la volonté d'adhérer aux structures d'assurance-maladie.

Références bibliographiques

1. Ridde V et Girard J-E. Douze ans après l'Initiative de Bamako : Constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. Santé Publique. 2004 ; 16 (1) : 37-61.
2. Tizio S et Flori Y-A. De la gratuité à la tarification des soins en Afrique Subsaharienne : grandeur et décadence de l'objectif « santé pour tous ». INIST CNRS, 1997 ; n°9711.
3. Gbedonou P, Moussa Y, Floury B, Josse R, Ndiaye J-M et Diallo S. L'Initiative de Bamako : Espoir ou illusion. Réflexions autour de l'expérience Béninoise. Cahiers Santé. 1994 ; 4 : 281-8.
4. Mc PAKE B, HANSON K and MILLS A. Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative. Social Science and Medicine. 1993; 36(11):1383-95.
5. République du Cameroun. 2^e Enquête Démographique et de Santé ; Cameroon : DHS, 1998 – Final Report (French), Chap.9, p155. Institut National de la Statistique. 1999 ; Yaoundé, Cameroun.
6. République du Cameroun. 3^e Enquête Démographique et de Santé ; Cameroon : DHS, 2004 – Final Report (French), Chap.11, p214. Institut National de la Statistique. 2005 ; Yaoundé, Cameroun.
7. République du Cameroun. 4^e Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples ; Cameroon : EDS-MICS4, 2011, Chap.13, p222. Institut National de la Statistique. 2012 ; Yaoundé, Cameroun.
8. ONU. L'Assemblée générale recommande d'inscrire la question de la couverture santé universelle à l'Agenda pour le développement post-2015. Organisation des Nations Unies. 2012 ; New-York. Disponible sur : <https://www.un.org/press/fr/2012/AG11326.doc.htm>
9. OMS, Banque Mondiale. Réunion ministérielle OMS/Banque mondiale sur la couverture sanitaire universelle. Siège de l'OMS. 2013 ; Genève, Suisse. Disponible sur : https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_who_worldbank_feb2013_background_doc_fr.pdf
10. ONU. L'Assemblée générale adopte un Programme de développement durable pour « transformer notre monde » d'ici à 15 ans. Organisation des Nations Unies. 2015 ; New-York. Disponible sur : <https://www.un.org/press/fr/2015/ag11688.doc.htm>
11. OMS. Rapports sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle. Organisation Mondiale de la Santé. 2010 ; Genève. Disponible sur : <https://www.who.int/whr/2010/fr/>
12. OMS. Rapports sur la santé dans le monde : La recherche pour la Couverture Sanitaire Universelle. Organisation Mondiale de la Santé. 2013 ; Genève. Disponible sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233fr/s22233fr.pdf>
13. OMS. Rapports sur la santé dans le monde : Les Soins de Santé Primaires ; Maintenant plus que jamais. Organisation Mondiale de la Santé. 2008 ; Genève. Disponible sur : https://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf
14. République du Cameroun. Carte sanitaire du Cameroun ; Edition 2017. Ministère de la santé publique. 2017 ; Yaoundé, Cameroun.
15. République du Cameroun. Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010 ; Edition 2002. Ministère de la santé publique. 2002 ; Yaoundé, Cameroun ; p36.
16. République du Cameroun. Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027 ; Edition 2017. Ministère de la santé publique. 2017 ; Yaoundé, Cameroun ; p61-82, 87-91. disponible sur : <http://www.minsante.gov.cm/site/?q=fr/content/strat%C3%A9gie-sectorielle-de-sant%C3%A9-2016-2027-1>
17. INS, MINSANTE, UNICEF. Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5), 2014, Cameroun, Rapport final. Ministère de la santé publique. 2015 ; Yaoundé, Cameroun. Disponible sur : <https://mics-surveys->

prod.s3.amazonaws.com/MICS5/West%20and%20Central%20Africa/Cameroon/2014/Final/Cameroon%202014%20MICS_French.pdf

18. République du Cameroun. Décret N°2000/692/PM du 13 septembre 2000 portant modalités d'exercice du droit à la santé du fonctionnaire. Premier Ministère. 2000 ; Yaoundé, Cameroun.
19. République du Cameroun. Décret N°82/412 du 09 septembre 1982 fixant les modalités d'octroi des secours de l'Etat aux indigents et aux nécessiteux. Présidence de la République. 1982 ; Yaoundé, Cameroun.
20. République du Cameroun. Décret 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. Premier Ministère. 2010 ; Yaoundé, Cameroun.
21. République du Cameroun. Comptes Nationaux de la Santé pour l'année 2012. Yaoundé (Cameroun) : Ministère de la santé publique ; 2017.
22. République du Cameroun. Financement de la santé communautaire : Plan national de développement sanitaire 1998-2008. Ministère de la santé publique. 1998 ; Yaoundé, Cameroun.
23. République du Cameroun. Plan stratégique de promotion et de développement des mutuelles de santé 2006-2010. Ministère de la santé publique. 2006 ; Yaoundé, Cameroun.
24. SAILD. Rapport de l'évaluation de la mise en œuvre du Plan stratégique de promotion des et de développement des Mutuelles de santé 2006-2010 au Cameroun ; Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement. 2010 ; Yaoundé, Cameroun.
25. Kopnang P. Analyse de la situation des mutuelles de santé appuyées par la GIZ au Cameroun ; Atelier d'élaboration des stratégies de dynamisation des mutuelles de santé soutenues par la GIZ, Yaoundé 10 et 11 mars 2011. Composante MAMS, GIZ-EPOS. 2011 ; Yaoundé, Cameroun.
26. EPOS, SAILD. Rapport provisoire de l'étude diagnostique et cartographique des mutuelles de santé au Cameroun. Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement. 2010 ; Yaoundé, Cameroun.
27. Keugoung B. Mutuelles de santé du District de santé de Méri au Cameroun : Leçons d'un échec. Mémoire de Master en santé publique, Antwerpen-Belgique. 2007 ; p19.
28. Nkoa F C, Ongolo-Zogo P. Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central de Yaoundé. 2012 ; Yaoundé, Cameroun.
29. Nkoa F C, Ongolo-Zogo P. Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central de Yaoundé. 2009 ; Yaoundé, Cameroun.
30. BIT. Rapport de l'inventaire des dispositifs de protection sociale en santé au Cameroun. Bureau International du Travail. 2014 ; Yaoundé, Cameroun.
31. The Rockefeller Foundation. Case studies: Health Insurance Reform in Ghana 2004-2009 and Health System Reform in Rwanda 1999-2005. Rockefeller Foundation. 2010; New York.
32. https://www.lepoint.fr/afrique/afrique-du-sud-le-systeme-de-sante-drastiquement-reforme-22-06-2018-2229652_3826.php. Afrique du Sud : le système de santé drastiquement réformé. (Publié le 22/6/2018, Consulté en Novembre 2018).
33. <http://www.fonction-publique.gov.bf/index.php/87-accueil/488-cereemonie-d-installation-2> Caisse Nationale d'Assurance Maladie Universelle (CNAMU). Consulté en Mars 2019).
34. Laurent MUSANGO et Aboubacar INOUA. Assurance Maladie Obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population. World Health Report (2010), Background Paper, 16. Disponible sur: <file:///D:/Documents/Documents/Th%C3%A8se%20Ph.D/Doc%20exploit%C3%A9s/AMO-Gabon.pdf> (Consulté en Mai 2018).
35. [https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_Scheme_\(Ghana\)](https://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Insurance_Scheme_(Ghana)). National Health Insurance Scheme (Ghana).

36. <https://www.tuko.co.ke/268902-national-hospital-insurance-fund-nhif-kenya-registration-rates-card-forms-benefits-contacts.html#268902>. (Consulté en mars 2019).
37. Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM) du Mali. Disponible sur : URL : <http://www.lacipres.org/organismes-membres/article/la-caisse-nationale-d-assurance>. (Consulté en Mai 2018).
38. University of Rwanda, Management Sciences for Health, The Rockefeller Foundation. The development of Community-Based Health Insurance in Rwanda: Experiences and lessons – Technical Brief. March 2016, P5.
39. République du Sénégal. Le régime sénégalais de sécurité sociale. Ministère du travail, du Dialogue social, des Organisations professionnelles et des relations avec les institutions. Disponible sur URL : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_senegal.html. (Consulté en Juin 2018).
40. <https://www.advancefamilyplanning.org/tanzanias-national-health-insurance-fund-integrates-family-planning-its-rural-outreach-program>. Tanzania's National Health Insurance Fund Integrates Family Planning into its Rural Outreach Program. (Consulté en Mars 2019).
41. Jacquier C. Adapted national social security/protection strategy and action plans – ASSAPs, International Training Course on Strategies for the extension of social protection, 3 – 14 November 2008. International Training Center. 2008; Turin, Italy.
42. <http://cnamgs.net/node/20>. Historique de la CNAMGS / CNAMGS : La solidarité a un sens. (Consulté en Mars 2019).
43. <https://socialprotection.org/connect/stakeholders/ghana-national-health-insurance-authority-nhia>. (Consulté en Mars 2019).
44. Bryant Lee, Kuki Tarimo and Arin Dutta. Tanzania's Improved Community Health Fund : An Analysis of Scale-Up Plans and Design. HP+ POLICY Brief; October 2018. Disponible sur: URL: http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/10259-10469_TanzaniaiCHFScaleUpbrief.pdf (Consulté en Mars 2019).
45. Beresniak A et Duru G. Economie de la santé : l'essentiel de la discipline, problèmes corrigés ; 5^e édition. MASSON. 2001 ; P3-47.
46. <http://www.nhis.gov.gh/about.aspx> . National Health Insurance Scheme : About Us. (Consulté en Mars 2019).
47. BIT. Atelier de restitution de l'étude OASIS couplé au lancement officiel du processus d'élaboration de l'architecture du système de Couverture Santé Universelle du Cameroun. Présentation de Adam Dramane BATCHABI sur les systèmes de Couverture Universelle en Santé : Leçons à tirer des expériences. 13-14 Juillet 2016 ; Yaoundé, Cameroun.
48. CIDR. Modes de collaboration entre des prestataires de soins et des systèmes d'assurance maladie : Etude de cas d'un système d'assurance maladie géré par l'hôpital de N'KORANZA au Ghana ; Document de recherche N°10/2002, CIDR. 2002 ; Autrèche, France.
49. De Allegri M, Sanon M, Bridges J and Sauerborn R. Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. Health Policy 76 (2006): 58-71. Disponible sur URL: www.sciencedirect.com.
50. Schneider P. Trust in micro-health insurance: An exploratory study in Rwanda. Social Science & Medicine. 2005; 61(7), 1430-1438. Dans : Turcotte-Tremblay A-M, Haddad S, Yacoubou I et Fournier P. Rapport de recherche : Mutuelles de santé : stratégies pour améliorer l'adhésion et la fidélisation au Bénin. Centre de recherche du CHU de Montréal. 2010.
51. Criel B et Waelkens M-P. Declining subscriptions to the Maliando Mutual Health Organization in Guinea-Conakry: what is going wrong? Social Science & Medicine. 2003 ; 57(7), 1205-1219.
52. Preker A S, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W & Arhin-Tenkorang D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. Bulletin of the World health Organization. 2002; 80(2), 143-150.