

*Procédure : SDD-2023-0496*

# REALISATION D'UNE ETUDE PREALABLE A LA MISE EN PLACE D'UN ORGANISME DE GESTION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE AU CAMEROUN

## Rapport final



**Institut Tropical et de Santé Publique Suisse**  
30 juillet 2024

**Adama Traore**  
**François Bertrant Akoa**  
**Jean-Gaspard Ntoutoume Ayi**

**Avec Siméon Nsabimana**



# CONTACTS



Associated Institute of the University of Basel

## **Swiss Tropical and Public Health Institute**

Kreuzstrasse 2  
4123 Alschwil  
Suisse  
[www.swisstph.ch](http://www.swisstph.ch)

### **Damien Revault**

Project Leader  
Systems Strengthening and Health Promotion Unit  
Swiss Centre for International Health  
Tél.: +41 61 284 86 73  
E-Mail: [damien.revault@swisstph.ch](mailto:damien.revault@swisstph.ch)



## **Agence Française de Développement**

5 Rue Roland BARTHES  
75012 PARIS  
France  
[www.afd.fr](http://www.afd.fr)

### **Arnaud Laurent**

Responsable Equipe Projet / Task Team  
Leader  
Division Santé et Protection Sociale / Health  
and social protection division  
Tél.: + 33 1 53 44 33 74  
E-mail : [laurenta@afd.fr](mailto:laurenta@afd.fr)

# REMERCIEMENTS

L'équipe de l'Institut tropical et de santé publique suisse (SwissTPH) remercie les personnes ayant participé à la réalisation de cette étude aussi bien au Cameroun qu'en dehors du Cameroun.

Nous témoignons notre gratitude au Dr MANAOUDA Malachie, Ministre de la Santé Publique du Cameroun pour ses conseils avisés sur le choix de panier de soins et les options de cotisations à payer ; toutes choses qui nous aidés à faire le costing des scénarios. Notre gratitude va aussi à Monsieur Louis Paul MOTAZE, Ministre des Finances pour ses apports sur les règles de gestion de l'organe de gestion et les exigences de transparence et de redevabilité, ainsi qu'à Monsieur Grégoire OWONA, Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale du Cameroun pour ses conseils éclairés sur les préalables à l'arrimage de l'organe de gestion à la Caisse nationale de Prévoyance Sociale et les enjeux de la loi sur la Couverture Santé Universelle.

Nos remerciements à Mesdames Florence MAGALON, Chrystelle TAPOUH, Pascale LE ROY et Monsieur et Arnaud LAURENT de l'Agence Française de Développement pour leur suivi rapproché de l'étude, apportant des inputs organisationnels et techniques pour la bonne réalisation et la qualité des résultats. C'est ainsi que l'étude a pu aller au-delà des Termes de référence interrogeant l'analyse de l'écosystème de la couverture santé universelle et introduisant le benchmarking dans six pays de la région africaine étudiés, à savoir le Gabon, le Rwanda, le Burkina Faso, le Ghana, la Côte d'ivoire et le Sénégal. Ce qui a éclairé avantagement l'analyse et les propositions de la présente étude.

Swiss TPH adresse également ses remerciements à Josselin Guillebert de la GIZ/PropaSSAR, au Dr Ousmane DIABY Directeur des études et projets au Ministère de la Santé pour leurs appuis divers en termes de mise à disposition de documents, d'orientations pour l'analyse approfondie des Programmes Verticaux, de mise en relation et de facilitation, notamment les entretiens avec les administrateurs des Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé, les Délégués Régionaux de la Santé Publique, les PTF et les directions centrales.

Enfin, ces remerciements vont à l'ensemble des partenaires techniques et financiers du secteur de la santé au Cameroun (P4H, Banque Mondiale, les responsables des autres départements ministériels, l'UNICEF, la Banque mondiale, l'OMS et les Organismes Publics et Parapublics (FEICOM, ), ceux du milieu Associatif (ordre des médecins, pharmaciens) et les personnes ressources pour leur participation à l'étude et aux différentes réunions organisées dans le cadre du suivi de la mise en œuvre et de la restitution des résultats de la présente étude.

# ABREVIATIONS

<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>AMU</b>	Assurance maladie Universelle
<b>CV</b>	Curriculum Vitae
<b>CIPRES</b>	Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
<b>CSU</b>	Couverture Santé/Sanitaire Universelle
<b>CTN-CSU</b>	Cellule Technique Nationale en chargée de la mise en œuvre de phase 1 de la couverture santé universelle
<b>DEP</b>	Direction des Études et Projets
<b>DS</b>	District de santé
<b>DRSP</b>	Délégation Régionale de la Santé Publique
<b>FEICOM</b>	Fonds Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale
<b>FFOM</b>	Forces Faiblesses Opportunités Menaces
<b>F3S ou FSSS</b>	Fonds Spécial des Soins de Santé
<b>FOSA</b>	Formation Sanitaire
<b>FRPS</b>	Fonds Régional pour la Promotion de la Santé
<b>GIP</b>	Groupement d'Intérêt Public
<b>GIZ</b>	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>MINFI</b>	Ministère des Finances
<b>MEO</b>	Mise en œuvre
<b>MINSANTE</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>NTIC</b>	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
<b>OGCSU</b>	Organe de Gestion de la CSU
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PBF</b>	Performances Based Financing
<b>PCA</b>	Paquet Complémentaire d'Activités
<b>PESTEL</b>	Politique, Économique, Socioculturel, Technologique, Environnemental et Légal
<b>PMA</b>	Paquet Minimum d'Activités
<b>PROPASSAR</b>	Projet de Planning Familial et Appui au Système de Santé pour la Résilience
<b>TOFE</b>	Tableau des Opérations Financières de l'Etat
<b>TdR</b>	Termes de Références
<b>UF</b>	HIV User fees elimination

# TABLE DES MATIERES

<b>CONTACTS</b> .....	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>III</b>
<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>V</b>
<b>RESUME EXECUTIF</b> .....	<b>1</b>
A Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU.....	5
B Mettre en place l'Organe de gestion de la CSU (OGCSU).....	6
C Renforcer la gouvernance de la CSU.....	7
<b>1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION</b> .....	<b>10</b>
1.1 Contexte général du Cameroun.....	10
1.2 Contexte socio-économique et sanitaire.....	11
1.2.1 Situation économique et sociale.....	11
1.2.2 Secteur de la santé.....	13
1.3 La CSU au Cameroun.....	16
1.3.1 Bref aperçu historique et état des lieux de la CSU au Cameroun.....	17
1.3.2 Bilan : actions menées, résultats, leçons apprises pour la CSU.....	18
1.4 Justification de l'étude.....	18
<b>2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE</b> .....	<b>19</b>
2.1 Objectif général de l'étude.....	19
2.2 Objectifs spécifiques de l'étude.....	19
2.3 Résultats et livrables attendus.....	20
<b>3. METHODOLOGIE</b> .....	<b>21</b>
3.1 Approche méthodologique.....	21
3.2 Référentiel analytique.....	23
3.3 L'équipe de consultants, la coordination et l'assurance qualité.....	31
3.4 Le suivi de l'étude.....	32
3.5 Les étapes de l'étude.....	33
3.6 Le calendrier de mise en œuvre de l'étude.....	35
3.7 Les principaux écueils et difficultés rencontrés au cours de l'étude.....	35

<b>4. BENCHMARKING .....</b>	<b>36</b>
4.1 Les critères de sélection des pays pour le benchmarking fonctionnel dans le cadre de la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun .....	36
4.2 La synthèse des informations sur le benchmarking .....	37
4.2.1 L'existence de la loi sur l'Organe de Gestion .....	37
4.2.2 La tutelle .....	39
4.2.3 La composition du conseil d'administration .....	39
4.2.4 L'existence d'un ou de plusieurs organes de gestion .....	39
4.2.5 Le pourcentage des dépenses de santé à la charge de la population : paiements directs .....	40
4.2.6 Le niveau de l'index CSU .....	40
4.2.7 Le panier de soins .....	40
4.2.8 Les soins gratuits .....	41
4.2.9 Le taux de couverture et le taux d'adhésion (ou de pénétration) .....	41
4.2.10 Le mode de financement de la CSU .....	42
4.2.11 L'Assistance Technique .....	42
4.3 Ecosystème .....	42
4.4 Mise en perspective au Cameroun des leçons tirées du benchmarking .....	43
<b>5. PRESENTATION DES DIFFERENTS SCENARIOS .....</b>	<b>46</b>
5.1 Scénario 1 : Création d'un établissement public national de prévoyance sociale .....	46
5.1.1 Schéma institutionnel cible .....	46
5.1.2 Etude économique et financière de l'option .....	50
5.1.3 Impacts institutionnels et organisationnels du scénario .....	59
5.1.4 Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation .....	61
5.2 Scénario 2 : Arrimage de la fonction du tiers-payant à un organisme public ou para public, suite à une réforme .....	62
5.2.1 Schéma institutionnel cible .....	62
5.2.2 Étude économique et financière de l'option .....	67
5.2.3 Impacts intentionnels et organisationnels du scénario .....	70
5.2.4. Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation .....	73
5.3 Scénario 3 : Création d'un établissement public national de prévoyance sociale avec une délégation de gestion de certaines fonctions du tiers-payant à un organisme public ou para public existant, suite à la signature d'une convention .....	74
5.3.1 Schéma institutionnel cible .....	74
5.3.2 Étude économique et financière de l'option .....	80
5.3.3 Impacts institutionnels et organisationnels du scénario .....	85
5.3.4 Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation .....	86

<b>6. TRANSITION : REFORMER LA CTN-CSU PAR LA CREATION D'UN NOUVEAU CADRE DE GOUVERNANCE, ADAPTE A LA GESTION DE LA FONCTION FIDUCIAIRE DU TIERS-PAYANT .....</b>	<b>87</b>
6.1 Schéma institutionnel cible.....	87
6.2 Etude économique et financière de la phase de transition .....	88
6.3 Impacts institutionnels et organisationnels de la phase de transition .....	89
6.4 Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation.....	94
<b>7. SYNTHÈSE DES SCÉNARIOS ET PHASE DE TRANSITION .....</b>	<b>95</b>
7.1 Rappels sur la problématique, les objectifs et la méthodologie utilisés .....	95
7.2 Étude comparée des trois scénarios .....	95
7.3 Grandes étapes pour la mise en œuvre de chaque scénario .....	100
<b>8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE DE L'OGCSU .....</b>	<b>102</b>
8.1 Au titre des conclusions .....	102
8.1.1 Sur le processus de mise en place de la CSU au Cameroun .....	102
8.1.2 Sur la mise en place de l'organe de gestion.....	103
8.2 Au titre des recommandations .....	106
A Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU.....	106
B Mettre en place l'Organe de gestion de la CSU (OGCSU) .....	108
C Renforcer la gouvernance de la CSU.....	110
<b>9. DIAGRAMME DE GANTT SUR LA SEQUENCE DES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE.....</b>	<b>123</b>
<b>ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>131</b>
<b>ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME DETAILLE DE L'ETUDE.....</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXE 4: SCHEMAS DES ECOSYSTEMES DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS ETUDIES.....</b>	<b>137</b>
<b>ANNEXE 5 : TABLEAU SUR LES ELEMENTS DU BENCHMARKING.....</b>	<b>144</b>
5.1 Benchmarking: Indicateurs CSU et couverture .....	144
5.2 Benchmarking : Aspects institutionnels, Mode de financement et Assistance technique . .....	148

## Liste des tableaux

Tableau 1: Fonctions et missions types du tiers-payant.....	29
Tableau 2: Calendrier synthétique du déroulement de l'étude.....	35
Tableau 3: Présentation des composantes de la tutelle de la CSU dans 6 pays étudiés. ....	38
Tableau 4 : Présentation du taux de pénétration de la couverture santé universelle .....	42
Tableau 5 : Evolution du niveau de couverture de la population par la CSU .....	53
Tableau 6 : Présentation du modèle de calcul de la prime pour la CSU.....	54
Tableau 7 . Evolution du budget de l'organe de gestion de la CSU par an de 2025 à 2030 en FCFA.....	55
Tableau 8 : Clé de répartition du coût prévisionnel par an et par poste 2025-2030 .....	58
Tableau 9 : Evolution du coût prévisionnel pour la mise en place de l'organe de gestion par an 2025-2030.....	58
Tableau 10 : Liste du personnel prévisionnel par direction et par année de l'organe de gestion 2025-2030.....	59
Tableau 11 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation du scenario 1.....	61
Tableau 12 : Répartition du personnel de la CNPS par profil 2023.....	63
Tableau 13 : Répartition du personnel de la CNPS selon la catégorie et le genre en 2023.....	64
Tableau 14 : Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces par rapport à la CSU ...	65
Tableau 15 : Évolution du coût prévisionnel par an et par fonction du scenario 2 en M de FCFA .....	68
Tableau 16 : Répartition du personnel par catégorie et par an du scenario 2.....	70
Tableau 17 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation du scenario 2.....	73
Tableau 18 : Coût prévisionnel de la mise en œuvre du scénario 3 (en millions de Francs CFA) .....	82
Tableau 19 : Effectif du personnel du scénario 3.....	85
Tableau 20 : Facteurs clés de succès, risques et mesure de mitigation du scénario 3 .....	86
Tableau 21 : Coût prévisionnel additionnel de mise en œuvre de la phase de transition (en millions de francs).....	89
Tableau 22 : Répartition du personnel de la phase de transition .....	90
Tableau 23 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation de la phase de transition .....	94
Tableau 24 : Synthèse de coût financier global sur 6 ans des scenarios en différentes unités monétaires .....	95
Tableau 25 : Evaluation des choix des scénarios .....	98
Tableau 26 : Tableau synthétique des recommandations de l'étude .....	106
Tableau 27 : Diagramme de Gantt sur la séquence des recommandations .....	113

## Liste des figures

Figure 1 Croissance du PIB du Cameroun de 2014-2023 (prix constants).....	12
Figure 2 : Système de tiers-payant.....	26
Figure 3 : Projet d'organigramme de la Caisse Nationale Couverture Santé Universelle .....	47
Figure 4 : Ecosystème de l'organisme de gestion dans le scenario 1 .....	49
Figure 5 : Evolution de la masse salariale de l'organe de gestion 2025-2030 en FCFA.....	60
Figure 6 Projet d'organigramme de l'arrimage de la gestion de la CSU à la CNPS .....	72
Figure 7 : Architecture du Fonds (FSSS) .....	76
Figure 8 : Organigramme du Fonds.....	79
Figure 9 : Architecture et sources de financement du Fonds.....	83
Figure 10 : Régimes de financement du scénario 3.....	84
Figure 11 : Organigramme du dispositif de la délégation de gestion du tiers-payant par les FRPS au niveau régional .....	91
Figure 12 : Modèle actuel du mécanisme de financement de la CSU phase de transition .....	93

## RESUME EXECUTIF

La présente étude préalable à la mise en place de l'organe de gestion de la couverture sanitaire universelle au Cameroun a été initiée par le Ministère de la Santé Publique du Cameroun (MINSANTE) et financée par l'Agence Française de Développement (AFD) qui a recruté l'Institut Tropical et de Santé Publique suisse (Swiss TPH) pour la réaliser. L'objectif général de l'étude était d'étudier la faisabilité de l'organe de gestion. Plus spécifiquement, il s'agissait de **(1) réaliser une analyse approfondie du contexte Camerounais pour proposer des options d'arrimage ou de création de la fonction de tiers-payant à un organisme public ou para public** existant et susceptible d'assurer, suite à une réforme ou convention, la fonction de tiers-payant de la CSU, **(2) réaliser une analyse de *benchmarking fonctionnel*** entre les différentes alternatives possibles permettant de définir un positionnement idéal de la structure dans le contexte opérationnel camerounais, **(3) réaliser pour chaque option, une étude organisationnelle** permettant de mettre en exergue ses capacités de portage de la mission de service public, **(4) réaliser une étude économique et financière** pour chaque option permettant de confronter les capacités de gestion de cette dernière aux missions envisagées, enfin **(5) identifier les grands impacts** (organisation, ressources humaines, financier...), les facteurs clés de succès et les risques pour chacun des scénarios.

Afin d'atteindre les résultats escomptés, une revue documentaire et des entretiens semi-structurés ont été réalisés en présentiel dans cinq régions du Cameroun (Centre, Ouest, Adamaoua, Sud, Littoral) et à distance dans les cinq autres régions (Nord-Ouest, Sud-ouest, Nord, Extrême nord, et Est). L'équipe de consultants a eu des entretiens directs avec le Ministre de la Santé Publique, le Ministre des Finances et le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale ainsi qu'avec les différents cadres de Direction et organisations sous tutelle de ces ministères.

Il ne s'agissait pas d'une étude de faisabilité de la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Cameroun dans son ensemble ni d'une étude actuarielle. L'étude se focalise sur la mise en place d'un organe de gestion du tiers payant dans un contexte marqué par l'absence de législation sur la Couverture Santé Universelle (CSU). Le concept de CSU est défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'accès en tout temps et en tout lieu pour toute personne selon les besoins de son état de santé à des soins de qualité abordable, sans qu'elle ne s'appauvrisse. Il s'agissait d'analyser le type d'organe de gestion du tiers payant à mettre en place suivant un scénario choisi, son ancrage institutionnel, sa structuration interne, ses fonctions, ses missions de lignes et ses missions d'appuis, le mode de financement de son fonctionnement et les investissements requis, les fonctions pouvant être déléguées, son déploiement sur le territoire national, les ressources humaines et la logistique requises, les risques opérationnels et institutionnels liés à la mise en place de l'organe suivant le scénario choisi.

La CSU est un objectif à atteindre dans le moyen ou long terme tout en se basant aussi bien sur le développement de la demande, que de l'offre de services de santé de qualité. Pour ce faire, l'assurance maladie obligatoire est le chemin choisi par le Cameroun<sup>1</sup>; tout en permettant à l'assurance volontaire de gérer la complémentaire santé pour les services exclus, ou non pris en charge, dans le panier de base. De ce fait, la cotisation des ménages et l'impôt général constituent les sources de financement à privilégier selon ce que de la présente étude a observé. Cependant, du fait que la majorité de la population vit de l'économie informelle, la CSU sera promue avec l'esprit d'étendre la couverture aux ménages ou groupes vulnérables par la

<sup>1</sup> Ministère de la Santé Publique du Cameroun, Manuel de procédures CSU Phase 1 - Préface, Yaoundé, Janvier 2023

subvention totale ou partielle de leur cotisation. Ainsi, par définition l'assurance maladie universelle est l'accès universel des ménages à l'assurance à travers le développement de l'assurance maladie obligatoire (financée par les cotisations) mais aussi de la couverture santé universelle (Financée par la subvention de l'Etat). Autrement dit, tous ces mécanismes (AMO, CMU, AMV) se complètent mutuellement pour assurer l'universalité de l'Assurance maladie vers l'atteinte de la couverture santé universelle. Dans le contexte du Cameroun, l'on parle davantage de la CSU (cf. Manuel des procédures de la CSU Phase 1, de janvier 2023) que l'AMU et ce rapport va plutôt rester sur cette ligne officielle en usage.

Les résultats de l'étude montrent que :

- **Les pays qui ont réussi à faire des progrès significatifs** vers l'atteinte de la couverture universelle sont ceux qui ont adopté une législation sur l'assurance maladie obligatoire et instauré un financement fondé sur l'impôt et les cotisations. Ces pays sont aussi ceux qui ont développé des régimes spéciaux et ont créé des établissements publics pour les gérer avec des mécanismes de tiers-payant. Ces régimes sont en principe développés sur la base d'études visant notamment à préciser les besoins de la population cible, et à définir le panier de soins et le taux de cotisation en fonction des ressources disponibles (subventions étatiques, contributions des employeurs, ...) et ils sont ensuite testés sous forme de pilotes précédant la mise à l'échelle.
- **D'une manière générale, au Cameroun, le processus législatif et réglementaire** progresse lentement mais pour ce qui est des fonctions du tiers-payant, avec le déploiement de la phase 1 de la CSU, la trajectoire est plutôt ascendante avec une assise sur les programmes nationaux qui constituent les premiers régimes d'assurance maladie (chèque santé, HIV User fees elimination, hémodialyse, gratuité du paludisme et de la tuberculose ; etc..). L'expérience acquise dans la gestion de ces régimes spéciaux, permettra de documenter les évidences concernant la mobilisation des ressources et les fonctions du tiers-payant que sont l'enrôlement, l'accréditation et le conventionnement des formations sanitaires (FOSA), le recouvrement des cotisations volontaires, l'achat des prestations, la gestion informatisée des prestations, le contrôle médical et le paiement des FOSA.

Afin de réaliser cette étude préalable à la mise en place de l'organe de gestion en tenant compte du contexte du Cameroun, trois scénarios ont été formulés.

**Le Cameroun peut créer un établissement public de prévoyance sociale à caractère spécial.** Toutefois, plusieurs prérequis doivent être réunis, pour qu'il soit opérationnel. Il faut notamment adopter une loi sur la couverture santé universelle. Cette loi va définir le rôle des acteurs et les modes de financement. Cette loi ne sera efficace que si elle est précédée par la réalisation des études de faisabilité pour définir tous les paramètres techniques, en particulier la détermination des ressources mobilisables par l'État et par la population dont on doit étudier la propension à cotiser. D'autres études concernent le panier de soins et le taux de cotisation (étude actuarielle), l'harmonisation de la tarification des prestations des formations sanitaires publiques, la cartographie de l'offre de soins privée, l'élaboration du référentiel des actes des professionnels de santé, l'élaboration du référentiel des métiers de l'organe de gestion y compris la grille salariale, le manuel de gestion opérationnelle des prestations. Il faudrait également élaborer le plan de déploiement du logiciel de gestion de l'assurance maladie en cours d'utilisation pour la phase 1 de la CSU (openIMIS).

**Le Cameroun peut arrimer la fonction de tiers-payant à un organisme public ou para public, suite à une réforme: il s'agirait d'intégrer la gestion du tiers-payant de la couverture santé universelle à celle des prestations de la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS). Cet arrimage est possible mais nécessite en plus des préalables du scénario 1, un diagnostic organisationnel de la CNPS** afin d'identifier ses forces mais aussi les adaptations

organisationnelles nécessaires et les insuffisances de capacités techniques éventuelles. Car, le métier de gestion de l'assurance maladie est différent de celui des autres régimes de prévoyance relevant actuellement de la CNPS. Ceux-ci concernent des risques sur des périodes plus longues et des opérations beaucoup moins fréquentes ; ce qui n'est pas le cas dans le domaine de gestion de l'assurance maladie où les périodes sont courtes et la fréquence de survenue des cas de maladie élevée. De plus, une réforme du statut de la CNPS sera nécessaire afin d'intégrer le régime maladie dans ses attributions.

**Le Cameroun peut créer un établissement public national de prévoyance sociale avec une délégation de gestion de certaines fonctions du tiers-payant à un organisme public ou para public existant. Il faut pour cela, signer une convention, à l'instar d'autres fonds ou organismes en activité (CNPS, FRPS).** Dans cette option, la mise en place d'un fonds national CSU<sup>2</sup> sous forme de fonds spécial pour l'accès aux services de santé est proposée. Ce fonds national serait mis en place en application de la loi cadre de 1996 sur la politique de santé. Le principal avantage de ce scénario est qu'il est faisable sans l'adoption de la loi CSU. Le Fonds s'appuiera sur les financements actuels de la phase 1. Par la suite, l'adoption de la loi sur la couverture santé universelle permettra à ce fonds national d'évoluer vers un véritable organe de gestion ; notamment avec le recouvrement des cotisations obligatoires des travailleurs, des employeurs, des acteurs du secteur informel, rural et des indépendants. Ce scénario est donc une sorte d'étape intermédiaire vers le scénario 1.

**En ce qui concerne l'étude organisationnelle de l'organe de gestion**, quel que soit le scénario retenu, les fonctions de l'organe de gestion seront les suivantes : l'affiliation/immatriculation, le recouvrement des cotisations, l'accréditation et le conventionnement des formations sanitaires, le paiement des prestations de soins, le contrôle médical et la gestion du portefeuille de risques, la gestion du système d'information et enfin la gouvernance. Certaines fonctions peuvent être déléguées, suivant un contrat. Cependant, l'étude a identifié certains éléments que l'organe de gestion ne peut pas déléguer : il s'agit des composantes de la fonction fiduciaire (mobilisation, recouvrement des cotisations et mise à disposition des fonds pour le paiement des prestations). L'organigramme de l'organe de gestion doit être articulé sur les fonctions à gérer, avec la mise en place de délégations régionales. Celles-ci ne doivent pas forcément épouser l'organisation administrative du territoire. Une structuration organique de type fonctionnel est proposée pour les scénarios 1 et 2, tandis qu'une organisation matricielle conviendra au scénario 3.

**Au plan macro-économique, tous les trois scénarios permettront de mettre en place un Organe de gestion de la CSU à même d'affranchir des millions de camerounais des coûts d'épisodes de soins catastrophiques et ainsi, les sortir de la pauvreté.** En effet, la CSU, en réduisant les dépenses de santé à la charge des ménages de 72% en 2019 à 35% en 2030<sup>3</sup> libèrera un pouvoir d'achat qui servira ailleurs . Le coût prévisionnel du scénario 1, à savoir la création d'une nouvelle caisse, est de 233,6 Milliards FCFA pour une période de 6 ans, contre 72,2 Milliards FCFA pour le scénario 2, ciblant l'arrimage à la CNPS et 64 Milliards FCFA pour le scénario 3 qui correspond à la création d'un Fonds spécial CSU (F3S).

Par ailleurs, à l'exception du scénario 3, qui peut être déployé sans une loi spécifique, , les organes qui seraient mis en place dans le cadre des scénarios 1 et 2 pourraient générer des revenus en plaçant leurs liquidités non utilisées (disponibilités en attente d'utilisation pour les prestations et le fonctionnement, réserves...) sur les marchés financiers. Ceci leur permettrait de pérenniser le financement de la couverture santé universelle.

---

<sup>2</sup> L'intitulé du Fonds serait à décider par l'Instance Nationale habilitée. Sans être limitatif, il pourrait s'agir d'un « Fonds National CSU », d'un « Fonds National pour les Soins de Santé », d'un « Fonds Spécial pour les Soins de Santé » (FSSS ou F3S) etc. Le rapport va utiliser le dernier intitulé.

<sup>3</sup> Selon l'étude OCDE de 2023 sur le Cameroun

**En ce qui concerne les grands impacts en termes opérationnel (ressources humaines et matérielles) et organisationnel**, le scénario 1 de création d'une caisse nationale CSU permettra de créer environ 124 emplois directs, contre 47 pour le scénario 2 (arrimage à la CNPS) et 63 emplois pour le scénario 3 (F3S). Au plan organisationnel, les scénarios 1 et 3 vont aboutir à l'émergence d'un nouvel organe de gestion des prestations de la CSU dans l'environnement institutionnel du Cameroun. Dans les 3 scénarios, il y aurait la nécessité de fournir des efforts importants en matière de développement de nouvelles expertises nationales en termes de métiers, avec le recrutement, la formation de techniciens de l'Assurance Maladie. Le second scénario verrait la mise en place d'un dispositif plus léger basé sur un modèle fortement décentralisé.

**Tenant compte des forces et des faiblesses de la cellule technique nationale en charge de la couverture santé universelle phase 1 en cours et dans l'attente d'une loi, une phase de transition est proposée.** Durant cette phase, une réforme de la Cellule technique nationale CSU sera faite par son intégration dans l'organigramme du MINSANTE sous forme d'unité administrative/technique, tout en renforçant ses capacités opérationnelles et en la dotant d'un nouveau mécanisme de circuit financier ; en particulier un compte d'affectation spéciale du trésor à créer. Le coût prévisionnel de la mise en œuvre de cette phase de trois ans est estimé à 16.5 Milliards de FCFA. Cette phase pourra créer 23 emplois directs.

**Le choix du meilleur scénario doit être fait par le gouvernement** en tenant compte de ses orientations politiques, sociales et économiques ainsi que des avantages et inconvénients pour chaque scénario que le présent rapport a identifiés.

Pour éclairer la prise de décision, **les risques et les mesures de mitigation propres à chaque scénario ont été analysés.** Pour le scénario 1, le risque majeur est celui du statu quo qui persiste dans le processus d'adoption de la loi CSU. Ceci limite les progrès vers l'objectif de la CSU. Pour réduire ce risque, il sera important d'engager un plaidoyer tout en poursuivant la mise en œuvre de la phase pilote 1 en cours. S'agissant du scénario 2, le risque majeur est lié à la contrainte de réformer toute la politique de sécurité sociale et les statuts de la CNPS. Comme mesure de mitigation, il est proposé de réaliser un diagnostic institutionnel et organisationnel de la CNPS avant de préciser les réformes nécessaires. Le scénario 3 comporte moins de risques mais il reste tributaire d'un accroissement du financement de la santé à travers la loi de finances et la signature d'un décret présidentiel pour la mise en place du Fonds CSU. Aussi, pour garantir l'opérationnalisation du scénario 3, il est important d'engager un dialogue politique avec le MINFI et la primature pour la création de ce F3S en vue de l'accès équitable aux services de santé. Ce F3S sera financé par les recettes non fiscales et tous les fonds séquestres du MINSANTE. Par là l'on évitera les conséquences néfastes d'une « inflation institutionnelle budgétivore »

**L'étude préalable conclut**, qu'au vu du contexte actuel de mise en œuvre de la phase 1 de la CSU, le MINSANTE pourrait **commencer par la phase de transition** sur une période de 2 ans afin d'actualiser les éléments de stratégie nationale de CSU et stabiliser les régimes spéciaux dans le cadre de la CSU phase 1. Par la suite, si la législation sur la CSU n'est toujours pas disponible, le MINSANTE peut améliorer le cadre gestionnaire de la CSU en réalisant le scénario 3 qui consiste à créer un F3S. Les deux autres scénarios sont presque équivalents. Il s'agira en effet, d'adopter des dispositions législatives et réglementaires pour réformer la CNPS ou mettre en place une nouvelle Caisse CSU au Cameroun. Ce choix pourra être fait en fonction du contexte qui reste évolutif et sur la base des analyses fournies dans le présent rapport.

L'étude formule **10 recommandations regroupées en 3 catégories** : A) Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU ; B) Mettre en place l'OGCSU ; C) Renforcer la gouvernance de la CSU.

Un tableau opérationnalisant la mise en œuvre des recommandations dans le temps est présenté en partie 9 et son contenu synthétisé dans le tableau qui suit.

La mise en œuvre des recommandations est établie mensuellement sur une période de 12 mois (de M1 à M12). Il s'agit d'une programmation tout à fait indicative et il est probable que l'ensemble de la mise en œuvre nécessite une durée plus longue.

<b>A</b>	<b>Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU</b>
A1	Capitaliser sur les acquis de l'expérience afin de consolider les acquis de la CSU – Phase I
A2	Mener les études complémentaires pour la CSU et l'OGCSU
A3	Appuyer le cadrage stratégique et opérationnel de la mise en œuvre de la CSU
<b>B</b>	<b>Mettre en place l'OGCSU</b>
B1	Décider sur les aspects institutionnels de l'OGCSU
B2	Organiser la gestion opérationnelle de la CSU
B3	Poursuivre le développement de la plateforme informatique
<b>C</b>	<b>Renforcer la gouvernance de la CSU</b>
C.1	Dynamiser les rencontres du Groupe technique national CSU (GTN CSU)
C.2	Renforcer la capacité administratives, technique et opérationnelle de la CTN CSU
C.3	Légiférer sur la CSU
C.4	Accompagner la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun

## A Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU

L'analyse des composantes de la CSU est rendue difficile par le manque d'études techniques récentes et l'absence de document stratégique. Les travaux préalables visent à fournir le cadre général nécessaire à la mise en place de la CSU

### A1 Capitaliser sur les acquis de l'expérience afin de consolider les acquis de la CSU

Afin de mieux tirer parti des expériences du passé pour parvenir aux objectifs de CSU dans les meilleures conditions d'efficacité et d'efficience, il s'agira de capitaliser en continu dans l'esprit du management des connaissances (knowledge management), qui vise, selon la norme ISO 30401 à « aider les organismes à concevoir un système de management qui valorise et facilite la création de valeur grâce aux connaissances »<sup>4</sup>.

La capitalisation complètera ainsi le système de suivi et d'évaluation de la CSU à mettre en place, avec au cœur de ce système des indicateurs, et pourra par exemple se matérialiser par la mise en place de Communautés de pratiques, d'activités d'analyse des retours d'expérience, de page wiki, etc.

### A2 Mener les études complémentaires pour la CSU et l'OGCSU

La réalisation d'études complémentaires à la présente et aux autres déjà réalisées permettra d'éclairer les décideurs, en particulier dans le domaine du financement de la CSU, dans le

<sup>4</sup> ISO 30401:2018(fr) Systèmes de management des connaissances (<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:30401:ed-1:v1:fr:sec:B>)

domaine de la prise en charge médicale et en ce qui concerne la mutualisation des régimes d'assurance maladie et les ressources humaines à mobiliser et à organiser.

### **A3 Appuyer le cadrage stratégique et opérationnel de la mise en œuvre de la CSU**

L'une des insuffisances actuelles de la CTN-CSU est l'absence d'un plan d'action consensuel cohérent et d'un manuel de procédures adapté au panier et au contexte de mise en œuvre de la CSU phase1. Vu la nécessité de disposer d'un document de planification conforme aux standards, une expertise du P4H a été sollicitée, en avril 2024, pour accompagner l'élaboration d'un plan stratégique de la CSU.

Le cadrage stratégique a pour objectif principal de déterminer les actions à entreprendre pour réaliser la vision et atteindre les objectifs de CSU. Il implique l'évaluation des forces et des faiblesses, ainsi que des opportunités et des menaces. La planification stratégique fixera le cadre et sera assortie d'un plan de gestion des risques qui permettra d'assurer la continuité, tout au long de l'exécution du plan stratégique, d'anticiper et de réagir le cas échéant aux crises qui pourraient survenir. À partir de ce cadre, il s'agira d'élaborer le plan d'affaires (Business Plan) de la CSU précisant le déploiement de la CSU à la fois en terme organisationnel, opérationnel et financier en prenant en compte les études préalables notamment celles portant sur le financement de la CSU.

## **B Mettre en place l'Organe de gestion de la CSU (OGCSU)**

### **B1 Décider sur les aspects institutionnels de l'OGCSU**

Une fois le choix de scénario fait par le gouvernement (voir C2.1) il faudra prendre les actes réglementaires créant l'organe de gestion de la CSU qui sera mis en place progressivement grâce au renforcement de la gouvernance de la CSU (Recommandations catégorie C) et à la réalisation des travaux préalables (recommandations catégorie A).

En même temps, le MINSANTE discutera avec le MINIFI de l'ouverture d'un Compte d'affectation spéciale du trésor (CAST) du trésor pour faciliter la mise à disposition des fonds de la CSU. Plusieurs observateurs avertis ont expliqué la réticence qu'aurait le MINFI à accorder l'autorisation de création de ce CAST. En effet, il existe une multitude de comptes séquestres dans les ministères dont personne ne suit la gestion, y compris le MINSANTE. Il en résulte un phénomène de thésaurisation des ressources financières qui échappent à tout contrôle. Il est cependant évident que dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, qui est un mécanisme nécessitant des flux financiers continus, une thésaurisation est difficile à envisager. Le CAST étant créé par la loi de finances, il est important que le MINSANTE engage cette discussion, afin qu'en 2025 la CTN CSU soit dotée d'un CAST.

### **B2 Organiser la gestion opérationnelle de la CSU**

Les actes médicaux sont à codifier selon une classification internationale sous forme alphanumérique (lettres et chiffres), chaque code répondant à un acte médical précis quelle que soit la formation sanitaire. Ce qui permettra de disposer d'un référentiel normé des actes médicaux.

Ce langage médico technique est aussi transmis aux informaticiens en charge de la configuration des prestations. A ces codes sont affectés les tarifs bien définis. Autrement dit, un code doit avoir le même) coefficient dans toutes les formations sanitaires du pays selon leur niveau dans la pyramide sanitaire. Le MINSANTE a commencé ces travaux au cours des deux dernières années

et leur achèvement constitue un préalable qui facilitera le travail de l'organisme de gestion après sa mise en place.

De même, l'harmonisation des protocoles de soins ou ordinogrammes, est à faire pour que par pathologie, ce soient les mêmes intrants et actes médicaux applicables pour l'ensemble du pays. Par exemple, il faudrait que le traitement du paludisme présentant le même diagnostic soit le même sur l'ensemble du pays.

Pendant que certaines formations sanitaires appliquent une tarification datant de plus de 30 ans, d'autres ont réussi à faire valider de nouvelles tarifications par leur conseil d'administration, hors de portée des plus pauvres. Cette pratique est périlleuse pour la bonne gestion des ressources financières de la CSU et la cohérence du système d'information. Par ailleurs, elle rend difficile le costing de la CSU, le contrôle médical des prestations et la gestion du risque financier. Avec le déploiement du logiciel openMIS au Cameroun depuis 2023, l'organe de gestion doit faire de l'élaboration d'un manuel de procédures opérationnelles harmonisées pour la configuration des prestations avec leurs tarifs standardisés une priorité. Pour anticiper une telle contrainte, le MINSANTE peut procéder à l'harmonisation des tarifications par voie d'autorité ou élaborer une tarification à appliquer dans le cadre de l'achat des soins de la CSU suite à une étude approfondie. Les tarifs ainsi homologués pourraient être intégrés dans le manuel de procédures de l'organe de gestion.

Le manuel de procédures de gestion des ressources sera élaboré suivant les décisions prises à l'issue de l'étude correspondante (A2.1) et il permettra de préciser les flux et modalités concernant les recettes et les dépenses de la CSU.

### **B3 Poursuivre le développement de la plateforme informatique**

Poursuivre le développement de la plateforme informatique permettra d'anticiper les risques opérationnels majeurs d'une gestion manuelle des procédures de gestion de la couverture santé universelle.

À l'ère de la digitalisation et de la dématérialisation des processus de gestion, la mise en place et la maintenance d'une plateforme informatique prend une dimension primordiale dans la stratégie de déploiement de l'organe de gestion du tiers payant. Le lien entre logiciel de gestion, rationalisation des ressources financières, humaines (ergonomie), transparence et de lutte contre les fraudes médicales et autres abus est si évident que les efforts entrepris pour développer le logiciel openMIS et le rendre interopérable avec les autres outils doivent être maintenus et poursuivis. Cette recommandation englobe les activités clés permettant d'assurer la continuité de l'adaptation de l'outil informatique ; les développements informatiques et activités d'accompagnement (formation, maintenance, ...) devant se dérouler en continu.

## **C Renforcer la gouvernance de la CSU**

La disponibilité d'acteurs formés en gouvernance et gestion est capitale pour la poursuite des efforts en cours et l'atteinte des objectifs de mise en place de la CSU. Ces actions de gouvernance concernent aussi la promotion du dialogue social et la coordination d'ensemble de ce processus..

### **C.1 Dynamiser les rencontres du Groupe technique national CSU (GTN CSU)**

Il s'agit de dynamiser les rencontres du Groupe Technique National CSU et de les centrer sur le suivi de la mise en œuvre de la phase 1: des études à réaliser et d'autres actions permettant de résoudre les préalables au déploiement du régime en attendant le vote de la loi qui, même si elle

était adoptée dans l'immédiat, ne permettra pas de passer à la mise en œuvre immédiate de la CSU.

Le GTN CSU devra notamment analyser les options de mise en place de l'organe de gestion de la CSU. Il a été noté dans ce rapport que le GTN CSU ne devrait pas limiter ses réflexions à l'élaboration et à la transmission de la loi. En tant que cheville ouvrière de la conduite du processus de mise en œuvre de la CSU au Cameroun, le GTN devra engager la réflexion sur la résolution des questions préalables à la mise en place de la CSU parmi lesquelles l'option de mise en place de l'organisme de gestion. Pour ce faire, le MINSANTE qui assure le leadership du GTN CSU, devrait assurer la production des études de faisabilité et la réalisation des actions prioritaires ; y compris les préalables définis dans le présent rapport et alimenter la réflexion sur ces questions au niveau du GTN CSU sur les fondamentaux de la CSU.

Un de ces préalables serait de choisir un des scénarios proposés dans la présente étude ou en déduire un scénario ad hoc et réaliser une étude organisationnelle approfondie de l'organe de gestion proposé par ce scénario. La présente étude ayant déjà fourni les éléments conceptuels de base qui sont mis à disposition du gouvernement pour ce faire.

Un autre préalable serait de revoir le mécanisme de coordination de la CSU. Il ressort des discussions avec les acteurs que depuis sa création en 2023, ce n'est qu'en avril 2024 que la CTN a tenu sa première réunion de coordination sur le terrain avec les DRSP et les FRPS. Si le facteur qui explique cette insuffisance se trouve dans le manque de ressources financières, il n'en demeure pas moins que le fonctionnement non optimal de la CTN CSU, faute de moyens suffisants, a occasionné quelques dysfonctionnements dans certaines régions. Pour l'atteinte des objectifs elle doit veiller à la tenue régulière des réunions de coordination inter régionales, au renforcement des capacités des acteurs et au déploiement progressif et coordonné de la solution informatique openIMIS. Cela permettra d'éviter l'inertie observée dans certaines unités techniques régionales de la CSU et la mise en œuvre différenciée des orientations données par le niveau central.

## **C.2 Renforcer le cadre institutionnel et organisationnel : la CTN CSU**

Après analyse, il est recommandé de transformer la CTN en unité administrative et technique du MINSANTE. L'opportunité de la mission P4H d'élaborer le plan stratégique (voir A3.1) pourrait être saisie pour en faire une base pour la création de cette unité technique et administrative. Dans cette dynamique, le canevas d'évaluation de la création de l'unité technique au sein de l'organigramme du MINSANTE devrait servir de référence lors de ces travaux de planification.

L'inscription de la CTN CSU dans l'organigramme du MINSANTE vise à la repositionner à un niveau qui renforce ses capacités techniques et administratives pour faciliter la coordination de la CSU Phase1 ; en passant du statut de simple cellule à une unité technique et administrative quelle que soit sa dénomination : service, direction ou division du MINSANTE. L'équipe de consultants a été attentive aux arguments tendant à rendre la gestion de la CSU plus efficace par la mise en place d'une structure légère et non budgétivore. D'où la mise en place de la CNT CSU dans sa configuration actuelle. Mais après deux années d'expérimentation, il est important de capitaliser sur les acquis et les insuffisances et de prendre la mesure des défis à relever par la CTN CSU. La CSU est une réforme majeure du système de santé qui intègre toutes les interventions et les projets et programmes de santé. De ce fait, la structure de pilotage opérationnelle de la CSU devrait avoir un ancrage institutionnel et organisationnel qui assure la durabilité institutionnelle de la CSU afin que la réponse aux instructions des plus hautes autorités du pays soit efficace. Même après l'adoption de la loi cette structure pourrait être maintenue au sein du Ministère. Il peut être attendu de la DEP, la DRFP et l'Inspection générale des services

administratifs qu'elles initient ce processus, à temps, pour permettre cette réforme de la CTN CSU au moment de l'élaboration du projet de loi des finances 2025 afin de la doter des ressources financières dans le budget de l'Etat.

Malgré ses efforts dans la mise en œuvre des activités de la CSU, la CTN ne dispose pas de plan d'actions ni d'outils de suivi-évaluation et rapportage, conformes aux normes et standards, à l'intention des acteurs internes et externes (FRPS). De ce fait, la redevabilité et la performance attendues dans la mise en œuvre des activités sont compromises. Pour améliorer ses interventions, elle doit élaborer des directives et cadres de planification et des canevas de rapportage à l'intention des FRPS et DRSP. L'accompagnement de la GIZ qui assure l'assistance technique lui est très utile et devrait être sollicitée en ce sens.

L'une des faiblesses de la CTN CSU est le manque de ressources humaines dédiées exclusivement à la mise en œuvre de la CSU phase 1. Chaque responsable de la CTN reste agent d'une direction centrale et participe aux activités de la CSU le moment venu. Dans ce contexte, il est impossible de garantir l'efficacité dans la mise en œuvre des activités. Pour pallier cette insuffisance, l'AFD a contribué à financer l'assistance technique de la GIZ. Mais celle-ci ne saurait remplacer la réalisation des tâches régaliennes de la CTN CSU. C'est pourquoi, sa mutation en unité administrative et technique est proposée.

### **C.3 Légiférer sur la CSU**

Comme l'a montré l'étude de benchmarking, les pays qui ont réussi à faire des progrès significatifs vers l'atteinte de la couverture universelle sont ceux qui ont adopté une législation sur l'assurance maladie obligatoire et instauré un financement basé sur l'impôt et les cotisations. Le Cameroun doit définir une législation sur la CSU qui exprimera et donnera le cadre nécessaire en y traduisant les décisions stratégiques qui sont prises par le gouvernement.

La vulgarisation de la Loi sur la CSU sera d'importance majeure pour permettre aux acteurs de tous les secteurs (gouvernement et pans de la société) impliqués dans la mise en œuvre de la CSU d'en maîtriser les enjeux et de respecter les règles fixées.

### **C.4. Accompagner la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun**

L'analyse de la situation a montré que les pays qui ont pu mettre en œuvre la CSU ont eu recours à une assistance technique. Au Cameroun, l'AFD a apporté son appui technique à la phase 1 de la CSU à travers la GIZ. Cette assistance technique devrait se poursuivre et s'étendre d'une manière ou d'une autre à la mise en place et l'opérationnalisation de l'organe de gestion de CSU durant la période exigée par le scénario retenu. Pour ce faire, s'agira de formuler un projet d'assistance technique à la mise en place de l'organe de gestion de la CSU qui permettra d'accompagner le plaidoyer et d'appuyer la mise en œuvre des activités liées aux fonctions de l'assurance maladie (marketing, affiliation, prise en charge sanitaire, contractualisation, gestion financière, facturation, contrôle médical, gestion de risque, suivi et évaluation).

# 1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

## 1.1 Contexte général du Cameroun

Situé dans le Golfe de Guinée au bord de l'océan Atlantique, le Cameroun a des frontières communes avec la République centrafricaine (RCA) à l'Est, le Gabon au Sud, la Guinée Equatoriale au Sud-Ouest, le Nigéria à l'Ouest et le Tchad au Nord. Les régions limitrophes avec le Nigéria (Nord-Ouest et Sud-Ouest) sont anglophones, alors que le reste du pays est francophone. Le Cameroun est richement doté en ressources naturelles (pétrole et gaz, minerais et bois précieux) et agricoles (café, coton, cacao, hévéa, bananes, huile de palme, maïs et manioc). Ces richesses agricoles et minérales ne bénéficient pas à tout le monde équitablement. En l'absence d'une action publique vigoureuse bien au-delà de ce qui se fait aujourd'hui, ces disparités vont s'accroître. Les dépenses de santé supportées par les moins favorisés, contribueront à l'accroissement des écarts sociaux et à l'extension de la pauvreté dans le schéma actuel, s'il persiste.

La population du Cameroun est estimée à 27,9 millions d'habitants en 2022. Le Cameroun est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Le revenu annuel par habitant est de 275 000 FCFA environ, au début des années 2020. Mais ce chiffre cache d'importantes disparités, y compris la situation des 23% de la population qui vivent dans la pauvreté absolue et qui sont bien loin de ce revenu moyen annuel

Le Cameroun accède à l'indépendance en Janvier 1960 pour sa partie francophone, et se réunifie le 1<sup>er</sup> Octobre 1961 avec sa partie anglophone, devenue elle aussi indépendante. En plus des deux cultures francophone et anglophone, le Cameroun est un pays multiethnique, animiste, chrétien et musulman, avec des agriculteurs au Sud et des populations majoritairement éleveurs dans son septentrion.

Au plan politique, c'est d'abord un Etat fédéral qui arrive très vite à juguler les contestations nationalistes et à engager son processus de développement. Après douze années, l'Etat fédéral a été aboli, le multipartisme aussi. On passe ainsi à une phase de centralisation du pouvoir qui est à l'opposé des données initiales au moment de l'accession à l'indépendance.

Aujourd'hui, malgré la création des régions et le renforcement de leurs pouvoirs, le Cameroun reste un pays passablement centralisé. L'impulsion du pouvoir de Yaoundé, est nécessaire à plus d'un titre pour dénouer de nombreuses situations au niveau périphérique. Toutefois, les régions ont rapproché, incontestablement, l'administration des administrés et favorisé dans une très grande mesure le recul de l'analphabétisme et facilité l'accès aux services de santé. Les communes sont également des structures dynamiques, qui ne cessent de s'améliorer et mènent avec efficacité de nombreuses actions dans le domaine social.

Toutefois, le faible recours des procédures administratives aux TIC, accentue les lenteurs de communication et handicape la célérité de la prise des décisions. De même, le taux d'alphabétisation des populations plutôt satisfaisant, n'apporte pas la plus-value attendue dans l'efficacité des actions de l'Etat.

La stabilité politique est un acquis. Il faut toutefois, relever que dans la sous-région, les actions de la secte terroriste BOKO Haram et les velléités sécessionnistes des régions anglophones perturbent les circuits économiques. Le développement des régions est plutôt équilibré mais Yaoundé et Douala concentrent toutefois, l'essentiel des activités du secteur secondaire et des services.

L'Etat central est face à de nombreux défis et s'emploie à les relever dans un contexte de fort accroissement de la population et de recul constant de ses ressources pétrolières. L'aide internationale est bienfaisante et comble de nombreux déficits, sans réellement arriver à les stabiliser.

Nous sommes dans un contexte affecté par la pauvreté : 23% de la population vivent dans la grande pauvreté et cette population continue de croître rapidement. En même temps, le budget du ministère de la santé est en baisse et les populations, dont une partie importante n'a que peu de revenus, supportent 68% des dépenses de santé. Si l'on reste dans le schéma actuel, les inégalités sociales vont se perpétuer.

Cependant, une économie assez résiliente, avec des finances publiques qui laissent voir qu'il y a une marge de progression, conjuguée avec la volonté de l'Etat camerounais de mettre en place la CSU, font vivre l'espoir que les inégalités pourraient être à terme, jugulées ou à tout le moins, réduites.

## 1.2 Contexte socio-économique et sanitaire

### 1.2.1 Situation économique et sociale

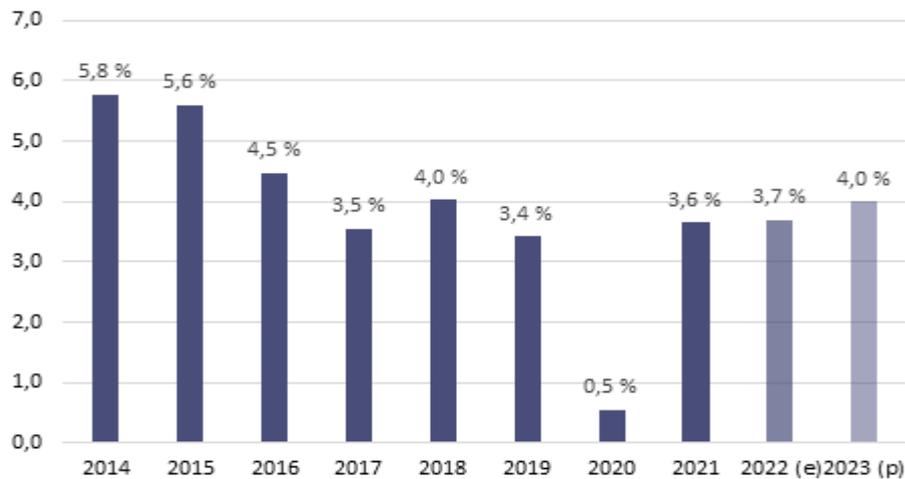
L'économie camerounaise est la plus importante et la plus diversifiée de la Zone CEMAC. Elle représentait 45 % du PIB de cette zone en 2021 selon le FMI. Cependant cette économie, reste dépendante de produits bruts même si leur niveau de transformation a considérablement augmenté, notamment dans la qualité et les quantités exportées. Faisant face aux nombreuses crises récurrentes dans la région, l'économie camerounaise affiche toutefois une croissance annuelle moyenne de 4 % depuis les années 1980, résistant mieux que bien d'autres à la crise des matières premières de 2014. La résilience affichée face à la crise de la COVID 19 est un exemple patent d'une économie au potentiel élevé.

Par secteur et sur la base des données de la Banque mondiale, le primaire c'est-à-dire le secteur de l'agriculture, de l'élevage et la pêche représentait 16,9 % du PIB en 2021. Les cultures de rente sont nombreuses et variées (cacao, café, banane, coton, palmier à huile, canne à sucre, caoutchouc) et un important secteur vivrier (banane plantain, maïs, manioc...). Les filières du cacao et du coton, qui revêtent une importance économique et sociale majeure au Cameroun en faisant vivre de nombreuses familles du monde rural, ont des productions orientées à la hausse. L'expansion et la rentabilité des plantations de banane, palmier à huile et caoutchouc – contrariées cependant par la crise anglophone- sont hypothéquées par un secteur public en crise, et à contrario des entreprises privées performantes. Le secteur bois, tiré par les importations de grumes de bois non transformées vers la Chine dans leur majorité, connaît une croissance très soutenue, au détriment des productions certifiées. La production du café est en baisse depuis plusieurs années en raison également, des troubles sécuritaires dans les régions anglophones.

Pour ce qui concerne le secteur secondaire qui se situe à 23,3 % du PIB, les hydrocarbures demeurent une ressource importante et procurent de substantiels revenus au pays. Toutefois, leur poids dans le PIB et dans les exportations s'est réduit (4,1 % du PIB en 2019 contre 6,7 % en 2015 et 38,5 % des exportations de biens en 2019 contre 41,7 % en 2015). La production pétrolière, après avoir atteint près de 180 000 barils/jour en 1985, est retombée à 61 000 barils/jour en 2011 et à 68 000 barils/jour environ en 2022. Cette situation a entraîné une importante baisse de revenus dans ce secteur. Néanmoins, l'exploitation du gaz, est aujourd'hui en plein essor du fait de l'installation, fin 2015, d'une unité de liquéfaction du gaz dont la production en 2018 a atteint 35 000 barils équivalent pétrole/jour.

S'agissant enfin du secteur des services (soit 51,1 % du PIB en 2021), il repose sur les transports, le commerce, l'hôtellerie et la restauration, y compris les services financiers. Le secteur bancaire a bien résisté à la crise sanitaire liée à la COVID 19, même si le portefeuille des banques a été impacté par le ralentissement du commerce et des transports. La rentabilité bancaire s'est améliorée, avec un ratio de fonds propres relativement solide, bien que quelques banques soient sous-capitalisées. La dette souveraine de la sous-région, a fortement augmenté, partant de 18,4 à 25,6% des actifs entre fin 2019 et fin 2020. Elle s'est stabilisée aujourd'hui, en raison de restrictions imposées par la COBAC (Commission Bancaire d'Afrique Centrale). Les banques camerounaises, qui étaient globalement en surliquidité, ont été essentielles dans le financement de l'Etat.

Figure 1 Croissance du PIB du Cameroun de 2014-2023 (prix constants)



Source : FMI, WEO (avril 2023), et 4ème revue (mai 2023)

Au niveau des finances publiques, l'on peut noter que le Cameroun a engagé une politique de consolidation budgétaire dans le cadre de son programme FMI que le pays poursuit toujours. Le déficit budgétaire (dons inclus) a été ramené de -6,1 % en 2016 à -2,9 % en 2021. Cette performance est exceptionnelle car elle se situe dans la période de la COVID 19. Cette évolution positive se poursuit encore, même si en 2022, les finances publiques camerounaises ont connu une situation paradoxale. En effet, elles ont été prises en étau entre la nécessaire consolidation des comptes publics qui suppose de nombreuses restrictions et la nécessité de soutenir l'économie face à la résurgence des tensions inflationnistes. Ainsi, les recettes budgétaires supplémentaires liées à la vente de pétrole brut, ont été en 2022 entièrement consommées par les subventions aux prix des carburants, qui ont atteint 800 Mds FCFA, soit près de 3 % du PIB. Par ailleurs, le service de la dette publique du Cameroun augmente progressivement, il atteignait 1 739 Mds en 2022 (+ 179 Mds). A l'inverse, le budget d'investissement public poursuit sa tendance à la baisse, avec une diminution de 2,3% à 1 387 Mds en 2019. Rapporté au PIB, en 5 ans, le Cameroun a perdu 2,5 points de PIB en investissements, tandis que le service de la dette a gagné 1,5 point, et les charges courantes sont restées relativement stables. Pour limiter le coût des subventions pétrolières, les autorités camerounaises ont annoncé début 2023 (en réalité la hausse a eu lieu en février 2024 donc ce n'est plus une annonce) une hausse des prix des carburants à la pompe, accompagnée de mesures de compensations permettant d'en limiter la portée pour les ménages les plus modestes (hausse du SMIG, et de revenus pour les fonctionnaires). En 2023, les prévisions du FMI tablent sur un déficit budgétaire se situant à 1,2 % du PIB.

Les différents TOFE (Tableau des Opérations Financières de l'Etat) font voir que les finances publiques apportent un soutien très limité à l'économie réelle et dans ce sens, la CSU est une

opportunité pour relever dans une très grande mesure, les résultats économiques. Elle injectera en effet des moyens financiers supplémentaires avec pour conséquence une meilleure répartition des revenus entre les différentes couches de la population.

Les performances de santé du Cameroun sont faibles. Les résultats sont en deçà de la moyenne mondiale, notamment en termes d'espérance de vie, de mortalité maternelle et infantile, et de statut épidémiologique (VIH, paludisme, tuberculose).

Le renforcement de la dépense publique de santé est nécessaire. Le financement de la santé est insuffisant (moins de 4 % du PIB). Le financement des dépenses de santé repose fortement sur les ménages (68% du total des dépenses courantes de santé). Les dépenses publiques de santé, très faibles (6 USD par habitant), doivent être augmentées. La part du budget allouée au Ministère de la Santé Publique a diminué depuis 2010 et s'élève à 3,5% du budget total en 2022. La croissance économique sera nécessaire pour améliorer le financement de la santé. L'analyse sur une longue période montre que la croissance a un rôle de premier ordre à jouer dans l'augmentation des recettes fiscales qui permettent d'avoir des dépenses publiques suffisantes. Mais, la croissance économique à elle seule ne pourra pas assurer un meilleur financement de la santé et doit s'accompagner de la priorisation du secteur au sein du budget de l'Etat et d'une réforme fiscale ambitieuse.

Le potentiel de hausse des recettes fiscales est élevé. Le taux de pression fiscale est faible et stagne (13-14% du PIB entre 2013 et 2021). Jusqu'à présent, les recettes fiscales n'ont pas été assez réactives à la croissance. D'après les estimations de la frontière fiscale réalisées par l'OCDE<sup>5</sup>, les recettes fiscales pourraient atteindre 21% du PIB (taux de pression fiscale maximum sous l'hypothèse d'absence de changement des caractéristiques structurelles du Cameroun). Atteindre cette hausse ambitieuse nécessite une réforme fiscale de grande ampleur qui devra élargir les bases d'imposition et rééquilibrer le système fiscal. Celui-ci repose actuellement, très fortement sur les impôts indirects.

## 1.2.2 Secteur de la santé

Comme signalé plus haut, le taux de natalité est très élevé au Cameroun. La population a été multipliée par 7 en soixante ans, passant de 4 millions en 1960 à 27,9 millions aujourd'hui. Des programmes de santé non assez efficaces, relatifs à la natalité et aux soins ont été mis en place, financés pour l'essentiel par la coopération bilatérale et multilatérale. L'effort des partenaires techniques et financiers se poursuit mais reste insuffisant.

Les infrastructures sanitaires, tant publiques que privées ont été construites. Les plateaux techniques et l'offre de soins varient selon les localités. En général, cette offre est plus répandue dans les grandes agglomérations, les capitales régionales notamment. Le personnel de santé est constitué d'une importante chaîne qui part des aides-soignants aux grands professeurs hospitalo-universitaires, chefs de services ou directeurs d'hôpitaux. Les paras médicaux sont nombreux, tant les pharmaciens que les laborantins. Le financement des infrastructures, la maintenance des équipements et l'approvisionnement constant en stock font défaut. Les ruptures de stocks de produits, intrants, médicaments et autres sont fréquentes. L'absence de financement réduit la mise à niveau constante des personnels et entrave le fonctionnement des formations sanitaires en général.

Comme tout le lot de pays africains, le Cameroun fait face à de nombreux défis parmi lesquels les défis sanitaires. Pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD), l'un des défis

---

<sup>5</sup> Etude OCDE, Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Cameroun, Yaoundé 2023

majeurs est de favoriser un meilleur accès pour tous les citoyens aux soins et services de santé. Les débats autour de cet inégal accès aux soins de santé ont abouti à une idée commune, celle d'envisager de mettre en place une Couverture Santé Universelle (CSU) dans le pays.

Selon la définition de l'OMS, 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**. En termes plus simples, dans un pays il faut arriver à se soigner, sans s'appauvrir, sans rogner sur son capital ni hypothéquer ou en sacrifier tous les autres besoins tout aussi nécessaires et fondamentaux. La mise en œuvre de la CSU s'opère au travers des indicateurs de couverture des services (indicateurs 3.8 des ODD) ciblant les données suivantes :

- 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.

Le contexte de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun, est marqué par :

- (i) Un taux de couverture de la population par un mécanisme de protection sociale en santé de 6,46% (étude OASIS 2015) ;
- (ii) Un indice de couverture de services essentiels de santé au Cameroun de 46% (Rapport OMS 2019) ;
- (iii) Une contribution des ménages de 68% aux dépenses totales de santé effectuées essentiellement par paiement direct en 2023.

Pour engager sa marche vers la CSU, Le Gouvernement Camerounais, en étroite collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers, implémente des initiatives dans le but de réduire ou d'éradiquer la fracture sociale en matière de santé, fracture due en grande partie aux 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, le traitement de certaines maladies et la mise en œuvre de projets d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant.

Comme vu plus haut, les faits et les constats issus des statistiques 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 les plus modestes. On peut dire que la largesse du spectre des interventions de l'état tranche avec l'étroussure de la population couverte par les soins de santé. Les ménages les plus vulnérables rencontrent des obstacles pour accéder aux soins de santé. Il est donc évident de conclure à l'existence d'une barrière financière qui limite l'accès aux soins de santé. Il faut par conséquent de nouvelles initiatives afin que cette barrière soit levée.

Plus avant, dans la perspective de la consolidation et la pérennisation de la CSU et tenant compte de la mise en place à court terme d'un organisme de gestion qui assurera la fonction de tiers-payant, l'étude menée ne peut pas éluder le problème du financement de cette CSU. A cet égard, la voie qui est explorée est celle d'un financement majoritairement en provenance des ressources budgétaires.

Cette orientation s'est imposée à nous pour deux raisons. D'une part, la mise en place de la CSU est d'utilité publique avec en retour une meilleure égalité sociale et une plus grande solidarité nationale. C'est donc une entreprise d'utilité publique. D'autre part, c'est vers cette solution que se sont tournés de nombreux pays qui ont été passés en revue, dans l'étude de benchmarking

dont nous présentons les résultats plus loin. Enfin, dans un pays où la pauvreté s'accroît constamment, seul l'Etat peut prendre le problème à bras le corps.

Au Cameroun, la gestion des finances publiques doit encore être améliorée et les autorités s'y consacrent énergiquement. Parmi les problèmes que rencontre cette gestion, suivant le rapport PEFA couvrant la période 2019-2021 et présenté en 2023, il y a un problème de discipline budgétaire à plusieurs niveaux. Succinctement, et pour citer le rapport PEFA, « l'évaluation de la discipline budgétaire au Cameroun met en lumière des déviations significatives au niveau des ressources et des dépenses, des lacunes dans la communication des montants budgétaires, une focalisation dans la gestion de la trésorerie, et des préoccupations en matière de transparence budgétaire ». Tout est dit dans cette phrase. Très clairement, le focus sur la trésorerie indique que le budget voté avec ses objectifs, programmes et plan d'actions est insuffisamment pris comme base des actions qui sont menées pour avantager et permettre des dépenses sans ordonnancement. La conséquence est qu'en fin de parcours les réalisations correspondent à la consommation des recettes, bien loin très souvent de l'exécution effective des programmes envisagés. C'est pour cela que le travail est désorganisé et les montants tout autant que les justificatifs des dépenses difficiles à trouver. Cette absence et ces incohérences expliquent le manque de transparence.

En outre, l'allocation stratégique des ressources n'est ni logique, ni efficace. Le manque de visibilité dans les ressources transférées notamment aux collectivités territoriales et les lacunes dans les procédures d'audit achèvent de présenter un tableau qui mérite d'être amélioré.

Toutefois, la situation que nous décrivons est en amélioration réelle depuis des années. Les efforts des pouvoirs publics se poursuivent et il faut les encourager. Ces finances publiques laissent entrevoir une marge sur laquelle l'on peut s'appuyer pour augmenter les recettes en vue de financer la CSU.

Le plus intéressant dans la situation de ces finances publiques, s'agissant du financement de la CSU au Cameroun, est d'abord que la pression fiscale est encore en dessous de la moyenne observée ailleurs. Ainsi, alors que de nombreux pays à revenu intermédiaire ont atteint 16% de pression fiscale rapporté à leur PIB et d'autres en sont même à 18%, le Cameroun reste à 14%. Il y a donc du potentiel de ce point de vue. Si, selon l'OCDE, le taux de pression fiscale a augmenté sur une longue période, c'est bien moins vite que dans les autres pays. Le rapport de l'OCDE estime qu'en définitive, l'on pourrait augmenter le taux de pression fiscale de 7% du point de PIB sous certaines précautions et autres modalités. En effet, les recettes fiscales sont essentiellement assises sur les impôts indirects, bien moins sur les impôts directs. De ce fait, à peine 30% des recettes sont levées sur l'IRPP et l'impôt sur les sociétés, y compris les taxes sur les salaires. Dans cette situation, les recettes fiscales en rapport avec l'IRPP et l'IS sont de 1% et 2% du PIB respectivement. Sur cette base et paradoxalement, le poids de la TVA est supérieur à celui de l'IRPP dans le cas des recettes fiscales totales.

À un autre stade, les recettes fiscales étant en rapport étroit avec la croissance du PIB, une prise en compte plus volontaire des travailleurs indépendants du secteur informel favorisera le relèvement des recettes. Le secteur informel occupe en effet près de 87% des travailleurs. Actuellement, l'informel hypothèque considérablement la collecte des recettes fiscales. A cet égard, même si l'on ne peut pas encore véritablement les estimer, les recettes fiscales provenant du secteur informel seront importantes, surtout si l'on formalise ce côté de l'économie, en tenant compte de tous les impôts (IRPP, TVA, IS etc.) L'inclusion de ce secteur dans le circuit formel de l'économie est en fait une mesure de justice sociale au regard d'importants revenus produits par ce secteur.

Enfin, il y a lieu de noter que les boissons sont insuffisamment imposées et que le tabac est aussi sous ce régime, de la faible imposition. Les boissons sucrées et gazeuses ne sont pas

suffisamment taxées. Dans le cas de la fiscalité du tabac, celle-ci rapporte 0,27% de l'ensemble des recettes fiscales et 0,04% du PIB selon l'OMS. Par comparaison, la Jamaïque en est à 1,4% comme dans beaucoup d'autres pays africains. Le Cameroun devrait augmenter à hauteur de 0.3% pour rattraper ce groupe.

Il y a lieu de mettre en place une réforme fiscale qui augmenterait les recettes fiscales pour financer efficacement la santé ; surtout pour ce qui concerne les boissons sucrées, l'alcool et le tabac dont la consommation est nocive pour la santé.

Face à la multiplicité des interventions reprises plus haut, et 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 les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) afin de questionner cette multiplicité d'interventions et envisager la mutualisation des acteurs et des actions vers une Couverture Santé Universelle de façon progressive.

D'une manière générale, le taux de couverture sociale reste faible soit 7% de la population couverte par au moins un régime de prestations sociale ; tandis que la situation des personnes handicapées et celles souffrant d'une maladie chronique sévère est préoccupante, avec 3% recevant des prestations de couverture maladie en 2019.<sup>6</sup> Par ailleurs, les recettes provenant des régimes de couverture maladie sont en baisse entre 2018 et 2019 passant de 0.03% en 2018 à 0% 2019 pour les prépaiements volontaires venant des individus/ménages. Quant aux prépaiements volontaires venant des employeurs ils sont passés de 3.40% en 2018 à 3.20% en 2019<sup>7</sup>. On note que plusieurs référentiels sont en cours d'élaboration dans le domaine de la protection sociale. Il s'agit en particulier de la politique nationale de protection sociale ; du code de sécurité sociale et de la loi sur la CSU.

### 1.3. La CSU au Cameroun

Les réflexions menées en amont ont abouti à l'élaboration d'un projet de loi sur la CSU au Cameroun prévoyant la mise en place d'un organisme de gestion de la CSU au niveau national. Une cellule nationale a été créée par décision du Ministre de la Santé publique, en date du 30 janvier 2023, pour mettre en œuvre la phase 1 de la CSU.

La phase 1 de la Couverture Santé Universelle au Cameroun qui a démarré en 2023 a pour principal objectif d'augmenter l'accès et l'utilisation des services couverts à travers la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, la prise en charge des femmes enceintes (via le mécanisme du chèque santé) et des Personnes Vivant avec le VIH (User fees élimination), l'hémodialyse et l'achat des performances pour la qualité des soins et des services. Ce sont ainsi les premiers éléments du panier qui a été proposé au démarrage. Cette phase associe par conséquent les PTF habituels du Ministère de la santé à un schéma déjà rodé.

Un manuel de gestion de la CSU Phase 1, régissant le paquet d'offre de services et ses cibles, les acteurs et leurs rôles, le périmètre de la mesure d'exemption ainsi que la gouvernance de la CSU, a été validé en février 2023.

Pour assurer le paiement des prestations au niveau régional, une convention de gestion déléguée a été signée entre le MINSANTE et les Fonds régionaux pour la promotion de la santé (FRPS) qui

---

<sup>6</sup> Rapport de l'OCDE Mobiliser les recettes fiscales au Cameroun, 2023.

<sup>7</sup> Rapport de comptes de santé 2018-2019 du Cameroun

assurent désormais la fonction de tiers-payant. L'objectif ici étant de séparer le chargé des soins de celui du chargé de paiement.

Toutefois, la mise en place à terme, d'un organisme de gestion du tiers-payant au niveau national, reste une priorité et cela conformément aux principes fondamentaux de la CSU, tels que définis dans le projet de loi. Pour autant, la mise en place de cet organisme national de gestion nécessite que la CSU soit à un niveau de maturation suffisant pour optimiser la prise de décision sur le modèle organisationnel à adopter et les ressources financières à mobiliser afin d'assurer son fonctionnement de manière efficiente.

L'analyse des travaux préparatoires du projet de loi sur la CSU montre que l'organe de gestion de la CSU devrait être un établissement public spécial, doté de l'autonomie de gestion et chargé, entre autres, de mobiliser les financements (cotisations, taxes et subventions), d'immatriculer les assurés, de signer des conventions avec les formations sanitaires, de payer les prestations réalisées par les FOSA au profit des populations et d'effectuer le contrôle médical des prestations.

### 1.3.1 Bref aperçu historique et état des lieux de la CSU au Cameroun

Sur le plan historique la CSU tire ses fondements de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1848 qui stipule que la santé est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. Au plan international plusieurs autres instruments juridiques ont contribué à encourager les pays dans la mise en place des systèmes de couverture santé universelles, dont les plus emblématiques sont la déclaration d'alma Ata de 1978, la déclaration politique de Mexico sur la CSU d'avril 2012, les ODD, la convention 102 de l'OIT sur la sécurité sociale et la recommandation 202 sur le socle de protection sociale.

Au Cameroun la constitution garantit le droit à la santé en indiquant dans son préambule que « l'Etat assure à tous les citoyens les conditions nécessaires à leur développement ». Cette préoccupation nationale est reprise dans la loi cadre pour la santé de 1996, la vision Cameroun 2025, la stratégie pour la croissance et l'emploi (2010-2019), la stratégie nationale de développement 2020-2030.

En octobre 2010 à l'occasion du deuxième colloque africain sur le travail décent, tenue à Yaoundé, 47 pays africains membres de l'OIT ont adopté la déclaration tripartite de Yaoundé pour la mise en œuvre du socle de protection sociale. Après son adhésion à cette déclaration, le gouvernement du Cameroun a adressé une requête d'appui technique à l'OIT pour examiner les conditions de faisabilité de la mise en œuvre du socle de protection sociale y compris la CSU.

Toutefois selon des experts du Ministère de la santé publique, les premières réflexions pour la mise en place de la CSU au Cameroun datent de 2008 avec la mise en place d'un groupe de réflexion au sein du Ministère de la santé.

Le processus de réflexion s'accélère véritablement en 2017 suite au discours de fin d'année du chef de l'Etat instruisant le gouvernement de filialiser les réflexions pour que les camerounais bénéficient de la CSU. A partir de cette date la dynamique s'enclenche jusqu'en 2020, avec l'élaboration d'un projet de loi cadre, d'une stratégie de développement de la CSU et de son plan de mise en œuvre. Dans le sillage de ces discussions, et en attendant l'adoption de la loi CSU, le MINSANTE a engagé une phase 1 avec l'appui des FRPS en janvier 2023 dont le lancement politique est intervenu le 12 avril 2023 à Bertoua. Le panier couvert est toutefois restreint avec uniquement les prestations du chèque santé, les HIV User fees elimination, l'hémodialyse, la tuberculose et la consultation des enfants de 0 à 5 ans.

### 1.3.2 Bilan : actions menées, résultats, leçons apprises pour la CSU

Malgré les avancées enregistrées dans les progrès vers la CSU, le Cameroun reste confronté au défi du cadre législatif. De même le dialogue politique interne et avec les PTF du secteur de la santé semble en stagnation. Une évaluation de la phase 1 de la CSU est en cours ; mais les résultats des discussions menées avec les acteurs montrent que malgré les acquis les résultats de la phase 1 semblent mitigés. Plus de 1 700 000 personnes ont été enrôlées et ont bénéficié d'une carte CSU ; même si cette carte ne donne pas toujours droit à une prestation de soins aux cibles non concerné par le panier de soins. Les résultats très encourageants sont constatés au niveau du système d'affiliation et du chèque santé dont les prestations ont été étendues aux régions de l'Est et du Sud ; faisant passer la couverture du chèque à 5 régions sur les 10 que compte le Cameroun. Plus de 174 000 chèques santé ont été vendus soit une performance de 80% de la cible attendue en 2023(Rapport CTN CSU).

La principale difficulté rencontrée est le manque de ressources financières pour le fonctionnement des structures de mise en œuvre et le paiement des prestations aux FOSA. En effet, en avril 2024 seulement 34% des fonds avaient été décaissés pour le paiement des prestations de l'année 2023. Le retard accusé dans le paiement des prestations dépasse 12 mois à l'exception des régions de l'Est et du Sud ; à jour en ce qui concerne le paiement des prestations du chèque santé. Aussi des ruptures de chèque santé ont elle été constatées dans le septentrion rendant aléatoire le bénéfice des prestations surtout pour les plus vulnérables.

Dans la perspective du passage à l'échelle les études de faisabilité restent à faire pour déterminer le panier de soins et la cotisation à payer. Le dialogue social et politique doit être redynamisé pour poursuivre le projet de mise en œuvre de la CSU au Cameroun.

## 1.4 Justification de l'étude

La CSU au Cameroun est à sa phase I. Mais la population et l'ensemble des intervenants sont encore dans l'attente d'une loi. Pour assurer la promptitude du paiement des prestations aux FOSA au niveau général, le ministère a signé une convention de gestion déléguée avec les Fonds régionaux.

Toutefois, la mise en place d'un organisme de gestion du tiers-payant, reste une priorité. La mise en place d'un organisme national de gestion devient nécessaire lorsque l'on se rend compte que la CSU est à un niveau de maturation suffisant, avec un besoin d'optimiser la prise de décision sur le schéma organisationnel à adopter, le recrutement des ressources humaines nécessaires et les ressources financières à mobiliser en vue de la gestion opérationnelle de l'AMU

L'organe de gestion de la CSU sera un établissement public, doté d'une autonomie de gestion, chargé entre autres de mobiliser les financements, d'immatriculer les assurés, de signer les conventions avec les formations sanitaires, de faire le contrôle médical et payer les prestations réalisées par les FOSA au bénéfice des populations et.

C'est cet organisme de gestion du tiers-payant que l'Etat camerounais veut mettre en place après la phase I. Il a fait appel à l'AFD en vue de sélectionner un cabinet devant mener l'étude y afférente et c'est Swiss TPH qui a été sélectionné suite à une procédure d'appel d'offre.

## 2. OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DE L'ETUDE

### 2.1 Objectif général de l'étude

L'objectif général de l'étude est de réaliser un examen de la faisabilité de l'organe de gestion de la CSU, gestionnaire du tiers-payant.

Les questions qui se posent sont donc de plusieurs ordres : comment mettre sur pied, opérationnaliser, organiser un système efficace de gestion du tiers-payant au sein d'une structure publique ou alors parapublique dans le cadre de la gestion de la CSU au Cameroun ? Quelle structure ? Quelle forme ? Quels pouvoirs ? Quel modèle de gestion ? Quels coûts ?

### 2.2 Objectifs spécifiques de l'étude

Il s'agit d'une étude préalable. A ce titre, elle a les objectifs spécifiques indiqués suivants et qui sont des marqueurs en vue d'atteindre l'objectif général.

#### OBJECTIF SPECIFIQUE 1

Réaliser une analyse approfondie du contexte Camerounais pour **faire des options d'arrimage ou de création de la fonction de tiers-payant à un organisme public ou para public** existant et susceptible d'assurer, suite à une réforme ou convention, la fonction de tiers-payant de la CSU.

**Dans ce sens, le contexte a été abondamment questionné, écouté et sondé par la mission d'étude** (voir Contexte et justification, page 10)

#### OBJECTIF SPECIFIQUE 2

Réaliser une analyse de ***benchmarking fonctionnel*** entre les différentes alternatives possibles permettant de définir un positionnement idéal de la structure dans le **contexte opérationnel camerounais**

L'on attend ici de la mission d'étude qu'il examine en détails et classifie ce qui se fait ailleurs par rapport à ce qui est attendu. Partant de cette connaissance et de ces expériences, elle dégagera ce qui peut aider la Cameroun dans la mise en place d'un organisme de gestion de la CSU.

**Le benchmarking a été fait et les inputs dégagés ont été pris en compte dans les résultats de l'étude** (voir en partie 4 sur le Benchmarking).

#### OBJECTIF SPECIFIQUE 3

Réaliser pour chaque option, une étude **organisationnelle** permettant de mettre en exergue ses capacités de portage de la mission de service public

**Les forces et faiblesses ainsi que les avantages et inconvénients des options sont présentés dans ce rapport provisoire** (Voir en partie 5 : Présentation des différents scénarios et une étude comparée des scénarii est présentée en partie 7.2 page 95)

#### OBJECTIF SPECIFIQUE 4

Réaliser une étude économique et financière pour chaque option permettant de confronter les capacités de gestion de cette dernière aux missions envisagées

**L'organisme doit être gérable et son financement doit être soutenable et prévisible. Les simulations financières ont été faites et le coût de chaque scénario est présenté par le rapport** (voir en partie 5 Présentation des différents scénarios, page 46).

#### OBJECTIF SPECIFIQUE 5

Identifier les **grands impacts** (organisation, RH, financier...), les facteurs clés de succès et les risques pour chacun des scénarios

**C'est une perspective qui est en rapport avec l'opérationnalité, l'efficacité et la soutenabilité de l'organisme. Ils sont également présentés dans le rapport** (voir en partie 0 Cette analyse est faite sur la base du droit positif Camerounais et des attributions des membres du gouvernement qui confèrent au MINTSS, la responsabilité du secteur de la prévoyance sociale. Le droit étant écrit, les consultants n'ont pas pu accéder à d'autres sources de textes réglementaires et législatifs qui donnent au MINSANTE la tutelle technique la CSU du Cameroun, basée sur une assurance maladie obligatoire. Il s'ensuit que seul le gouvernement peut prendre une décision pour transférer la tutelle technique de l'organe de gestion de l'assurance maladie obligatoire à un autre département ministériel autre le département en charge de la prévoyance sociale santé.

La présentation des impacts institutionnels et organisationnels se trouve dans la partie 6.3.

### 2.3 Résultats et livrables attendus

La mise en œuvre des activités identifiées a permis de produire les résultats suivants :

- R1. Une analyse de benchmarking définissant le positionnement de l'entité
- R2. Une proposition de plusieurs scénarios de création d'une nouvelle entité ou d'arrimage de la fonction de tiers-payant
- R3. Une étude organisationnelle des organismes sélectionnés permettant de mettre en exergue la mission de service public
- R4. Les modèles économiques proposés par ses organismes démontrant leur utilité et leur viabilité est réalisée pour chaque option
- R5. Une étude d'impacts macro pour chaque scénario

Les livrables de l'étude étaient les suivants :

- 1. Un rapport de cadrage ;
- 2. Un rapport provisoire ;
- 3. Un rapport final.

## 3. METHODOLOGIE

### 3.1 Approche méthodologique

L'étude de faisabilité sera fondée sur des méthodes qualitatives et quantitatives. Les documents exploités, les rencontres menées et les entretiens réalisés ont constitué la base essentielle de collecte des éléments qui ont permis de comprendre le contexte et les enjeux, d'analyser les données collectées et de proposer les scénarios et options présentés plus loin dans ce rapport.

**L'étude a privilégié la méthode des entretiens par choix raisonné.** Ainsi, la démarche a combiné les méthodes suivantes :

- Une revue documentaire qui ciblera les documents de référence sur la CSU au Cameroun
- Une recherche qualitative utilisant des entretiens individuels et des discussions de groupe dirigées, avec les principales parties prenantes : ministères, organismes et services de l'Etat impliqués dans la mise en œuvre de la CSU, populations cibles et Partenaires techniques et financiers de la CSU, pour avoir leurs perceptions sur le projet de création de l'organe de gestion et les écueils à éviter
- Une analyse des données des mécanismes de prépaiement des soins mis en œuvre sur la période 2015 à 2023.
- L'analyse multidimensionnelle et l'interprétation des données ont permis d'orienter notamment les propositions concernant le schéma organisationnel, les ressources humaines et financières à mobiliser, les circuits financiers à mettre en place et les moyens matériels à mobiliser
- L'horizon temporel des données de l'étude couvre la période 2015-2024

#### **Cadre spatio-temporel de l'étude :**

- Durée 5 mois
- Janvier à Mai 2024
- Atelier de restitution juin 2024
- Au niveau national
- 5 sur 10 régions visitées et 5 sur 10 régions interviewées à distance
- Ministères et organismes publics impliqués dans la CSU y compris les possibles options de tiers-payant
- PTF, Société civile dont les associations professionnelles
- Au niveau international dans le cadre du benchmarking, les systèmes et organismes de mise en œuvre de la CSU des pays suivants ont fait l'objet d'une analyse de leur système de CSU :
  - Burkina Faso
  - Côte d'Ivoire
  - Gabon
  - Ghana
  - Rwanda
  - Sénégal

C'est sur la base des constats effectués et en suivant la méthodologie présentée que, après avoir rappelé les éléments du code de conduite adopté tout au long de la mission, nous proposons et présentons les résultats provisoires qui suivent.

### **Respecter le cahier des charges**

Swiss TPH a pris l'engagement de ne se tenir strictement qu'aux termes de référence qui ont été validés avec l'AFD et à travers elle, le Ministère de la Santé Publique du Cameroun.

Ainsi il a travaillé en étroite collaboration avec l'AFD, en participant aux réunions conjointes, en lui présentant fidèlement l'évolution de son travail et en prenant en compte ses commentaires et autres observations.

Il a fait de même avec l'AFD et le Ministère de la Santé Publique en procédant périodiquement à des briefings, notamment avec le DEP. Il a, quand cela s'est avéré nécessaire, requis leur assistance et leurs conseils.

Il garantit la confidentialité des informations reçues et produira les justificatifs, lettres et autres éléments de saisine des administrations pour les rencontres obtenues.

Enfin, L'Institut demeure neutre et objectif dans la recherche des éléments qui ont été et seront nécessaires pour bien conduire la mission confiée à lui par l'AFD et qui ont été utilisées dans ses analyses et propositions.

### **Partir de l'existant, être à l'écoute et mener des analyses croisées et multidimensionnelles**

Les analyses de la présente étude ont porté aussi sur l'existant ; il ne peut en être autrement dans la mesure où le Cameroun est engagé dans le processus de mise en place de la CSU depuis plus d'une décennie. Dans ce cadre, les acquis de l'expérience des mécanismes de tiers-payant mises en place par le MINSANTE et les PTF ont été utilisés. Un autre enrichissement résulte de l'expérience des pays ayant mis en œuvre des processus de mise en place des organes de gestion de la CSU.

### **Faire des propositions réalistes et neutres**

Les options qui ont été proposées sont fortement basées sur des facteurs contextuels propres au Cameroun. Sans préjugés, la présente étude a fait un diagnostic approfondi des paramètres techniques, juridiques et économiques permettant de doter la CSU d'un organe de gestion efficient et viable. Le costing des scénarios s'est fondé sur les coûts historiques et les défis de réduction du fardeau des soins à la charge des populations pour l'accès à des soins essentiels abordables et de qualité.

### **Faire ressortir les défis identifiés liés au contexte de la mission**

Lors de la mission, plusieurs défis ont été identifiés parmi lesquels :

- La collaboration intersectorielle entre le MINSANTE et les départements Ministériels impliqués dans la mise en place de l'organe de gestion de la CSU ;
- L'insuffisance des données sur le panier de soins, les taux de cotisations, la tarification des actes des professionnels de santé, etc...
- Le défi du pilotage et financement des prestations de la CSU phase 1.

## 3.2 Référentiel analytique

Cette section traite du cadre théorique de l'étude à travers les concepts clés sur lesquels se fonde la mise en place de l'organe de gestion. Pour ce, faire les notions de CSU, de financement de la CSU, d'assurance maladie obligatoire volontaire et universelle, les fonctions du tiers - payant et le schéma institutionnel cible sont présentées afin de situer le rôle et la place de l'organe de gestion dans la mise en place de la CSU.

Elle présente donc le cadre méthodologique de l'étude, explique le pourquoi des choix méthodologiques opérés et fournit donc le cadre de référence des résultats de l'étude.

### La CSU et les modalités de son financement

Pour rappel et selon l'OMS, **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 (indicateurs 3.8 des Objectifs de Développement Durable (ODD).

En effet l'ODD 3 vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge* » (ODD 3). Dans le cadre de cet objectif, la cible 3.8 consiste à « *faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* ».

Dans ce cadre, l'universalité est promue comme un des principes directeurs dans le but de faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.

Pour autant, le concept de CSU est globalisant et intègre la gamme complète des services de santé essentiels de qualité dont la promotion et la prévention de la santé, les traitements, la réadaptation et les soins palliatifs ; toutes choses qui exigent un renforcement de tous les piliers du système de santé. Par ailleurs, dans une logique de santé et développement, il est admis que la couverture maladie impacte positivement la réduction de la pauvreté, l'accès à l'éducation et d'une manière générale la croissance économique.

Il en résulte que les progrès pour atteindre la CSU exigent une extension de la couverture des systèmes de santé équitables, résilients et durables fondés sur des soins de santé de qualité dont l'accès s'accompagne de mesures de protection financière des ménages contre les dépenses catastrophiques de santé. Cette protection financière des ménages devrait permettre de réduire les dépenses de santé à la charge directe des ménages et les fixer à 20% contre 68% comme c'est le cas actuellement au Cameroun. De ce fait, l'accroissement du financement public apparaît comme essentiel dans les progrès du Cameroun dans sa marche vers la couverture sanitaire universelle. Il est à relever que ce n'est pas le seul Cameroun qui est dans la situation de sous financement de la santé : c'est le cas de la majorité des pays africains.

Selon Guy Carrin et Christ James<sup>8</sup>, une question qui reste d'importance cruciale pour la majorité des pays du monde est celle de savoir comment le financement de leur système de santé peut apporter une protection suffisante à toute la population contre le risque financier des coûts de santé. La problématique du financement est une problématique conceptuelle clé pour l'atteinte des objectifs de la CSU ; puisqu'il s'agit d'assurer à tous l'accès à des soins de santé adéquats et à un prix raisonnable. La réponse à ce double enjeu sanitaire implique aussi bien des actions

---

<sup>8</sup>Guy Carrin et Christ James, OMS, Atteindre la couverture sanitaire universelle, Genève, 2004.p3

envers l'offre de soins (extension de la couverture médicale) qu'à l'endroit de la demande de soins (extension de la couverture de population). Cette analyse reste toujours d'actualité dans le contexte contemporain de mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle en Afrique au Sud du Sahara.

Selon les auteurs, il existe principalement deux options de financement pour le financement de l'assurance maladie : Le financement par l'impôt et le financement par les cotisations.

Le modèle de financement par les cotisations sociales est inspiré des lois sociales votées en Allemagne dès le 15 juin 1883 (Modèle Bismarckien) qui instituent une assurance maladie obligatoire, une participation croisée des représentants des travailleurs et des employeurs à la gestion des structures d'assurance. Selon le chancelier Otto Von Bismarck, la couverture maladie est nécessaire pour ceux qui sont incapables de se protéger soit par leur statut (Ouvrier, paysan) soit par leur richesse.

Le modèle de financement par l'impôt (Bévéridgien) institué en Grande Bretagne en 1946 est un système unique et universel qui gère l'allocation chômage, la maternité, les caisses de retraite, le remboursement des frais médicaux et dentaires. Mais pour Lord William Beveridge, auteur de la conception du régime, la viabilité du système de financement basé sur l'impôt exige (i) le plein emploi avec un taux de chômage ne dépassant pas 3%, la présence d'une économie plus formalisée avec possibilités de prélever l'impôt sans beaucoup de difficultés et (iii) un système comptable et informatique robuste<sup>9</sup>. Or dans les pays africains, le plein emploi exige une formalisation du secteur informel dont la très grande taille constitue une contrainte structurelle à l'extension de la couverture sanitaire. C'est pourquoi en 2022, l'OMS a recommandé dans son rapport de suivi de la mise en œuvre de la CSU que les pays de la région instaurent un lien étroit entre leurs politiques fiscales et leurs politiques sanitaires afin que les recettes fiscales soient la source la plus pérenne du financement de la santé<sup>10</sup>.

Dans la plupart des pays, les pouvoirs publics ont adopté une combinaison des deux modèles de financement ; à travers le développement de systèmes mixtes de financement, impôts et cotisations pour l'assurance maladie, fondés tous sur le principe cardinal de la mise en commun du risque maladie de toute la population avec un partage de la totalité des coûts de santé.

Sur le plan institutionnel, la couverture des populations exige la mise en place d'une ou de plusieurs structures pour, la collecte des cotisations, l'affiliation des cotisants, l'immatriculation des assurés et d'une manière générale la mobilisation et la mise en commun des ressources financières, le conventionnement avec les prestataires de services de santé, et le paiement des prestations. Bien que la dénomination de ces structures varie d'un pays à l'autre, elles sont connues sous le nom de caisses d'assurance maladie à statut public gouvernemental ou non public fonctionnant sur la base des principes de l'assurance maladie obligatoire et de l'accès universel.

Il convient de noter que dans un même pays, plusieurs organismes peuvent être mis en place pour assurer la mise en œuvre de ces fonctions ou pour couvrir différentes catégories socio professionnelles : caisses pour les fonctionnaires et salariés du secteur privé ; fonds pour les indigents ; caisse pour les indépendants, mutuelles et assureurs privés conventionnés pour le panier complémentaire et prenant en charge également le ticket modérateur ou les soins non couverts par l'assurance. Par ailleurs, d'autres pays ont mis en place des structures intégrées qui gèrent tous les risques sociaux (assurance maladie, assistance médicale, assurance vieillesse, allocations familiales et assurance chômage) avec ou sans solidarité entre les branches.

---

<sup>9</sup> Joseph KUTZIN (de l'OMS) sur invitation de Swiss TPH, lors du Geneva Health Forum, le 21 octobre 2021

<sup>10</sup> Organisation mondiale de la santé, Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la région africaine de l'OMS, Brazzaville, 2022,

Il est vrai, qu'en réalité, dans les pays en Afrique au Sud du Sahara aucun dispositif de CSU n'est exclusivement géré par une seule caisse ou agence d'assurance maladie, un fonds d'assistance médicale, des mutuelles de santé ou des assurances privées. Toutefois, l'analyse de ces différents types d'organes de gestion est utile pour définir et concevoir le montage institutionnel de la principale structure de gestion qu'un pays compte mettre en place pour s'orienter vers l'atteinte de la CSU.

Dans la présente étude, l'accent est mis sur l'organisme de gestion de la CSU financé par l'assurance maladie obligatoire par les populations et l'impôt, étant entendu que le Cameroun a fait le choix d'un modèle mixte de financement de la CSU. Cela veut dire que le Cameroun a analysé minutieusement les avantages et les inconvénients des mécanismes mixtes de financement de la CSU ; ainsi que la gestion du régime suivant le mécanisme d'achat stratégique des prestations par un organisme de tiers-payant.

### **La CSU, l'assurance maladie obligatoire et universelle**

La CSU est une perspective à atteindre, un horizon que l'on se donne de toucher. Aucun pays pionnier en Afrique au Sud du Sahara n'a encore pu y parvenir entièrement (Ex : Rwanda, Ghana, etc.) : Le financement d'une couverture minimum de soins de santé adéquats pour tous est bien possible (espaces budgétaires, gouvernance. La CSU n'est pas une promesse politique que les gouvernements se doivent forcément de finaliser avant la fin d'un quinquennat ou septennat : elle est plutôt une réforme sérieuse de politique de couverture sociale qui doit s'inscrire dans une perspective durable, de moyen et long terme, à laquelle chaque gouvernement devra contribuer progressivement, dans le temps (pierre à édifice). Elle nécessite un bon arbitrage entre agenda politique et exigences techniques dans les processus de mise en place et de mise en œuvre des régimes de la CSU.

L'Assurance maladie obligatoire implique en principe une adhésion obligatoire de toute la population généralement à travers une loi. L'AMO est une des principales voies de financement de la santé utilisée par la plupart des pays ayant réussi à établir la CSU. Il ne peut en être autrement dans les pays à faible revenus comme le Cameroun avec un grand secteur informel avec des revenus insaisissables, saisonniers et faibles. Les principales caractéristiques de ce mécanisme sont le financement par les cotisations d'employeurs et de travailleurs, une prise en charge de 50 à 80% des dépenses de santé par l'AMO le reste étant à la charge de l'assuré qui peut souscrire à une complémentaire santé. Dans certains pays, cette complémentaire est rendue obligatoire pour le travailleurs et l'employeur. Dans les pays à faibles revenus, l'AMO s'est étendue à des groupes vulnérables ; en particulier les indigents et les sans-emplois par l'entremise des cotisations totalement ou partiellement subventionnées (Guy Carrin et Christ James 2004).

La couverture maladie universelle est définie selon le dictionnaire de droit privé français comme un mécanisme qui « garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et la dispense à une avance de frais<sup>11</sup> ». Ainsi, le rôle du tiers payant devient central dans la couverture des personnes vulnérables ; dans la mesure où ces dernières sont souvent dispensées du paiement du ticket modérateur, la caisse d'assurance maladie assure de ce fait 100% de la prise en charge de leurs soins. Dans certains pays les personnes vulnérables sont même dispensées du délai de stage. La CMU apparaît à cet égard comme un régime

---

<sup>11</sup> Cette définition s'inspire de la loi numéro 99-641 du 27 Juillet 1999, portant création d'une couverture maladie universelle (Article 1)

d'ajustement de l'AMO ; afin d'atteindre la CSU en faisant en sorte que l'accès à une assurance maladie soit universelle pour tous.

Le fait le plus marquant dans ces concepts d'AMO et de CMU est la suppression de l'assurance personnelle.

Selon l'OMS l'assurance maladie universelle est un système qui repose sur une ou plusieurs caisses approvisionnées par les cotisations des travailleurs, des professions indépendantes, des entreprises et de pouvoirs publics<sup>12</sup>. Le but visé est de faire en sorte que l'accès à l'assurance maladie soit universel pour tous en mutualisant tous les dispositifs de couverture existants.

Conceptuellement en analysant la portée de l'AMO, de la CMU et de l'AMU on peut affirmer que la couverture santé universelle va au-delà de l'AMO, de la CMU et de l'AMU pour adresser aussi des questions comme la disponibilité et l'accès à une offre de soins de qualité abordable et la gouvernance du système.

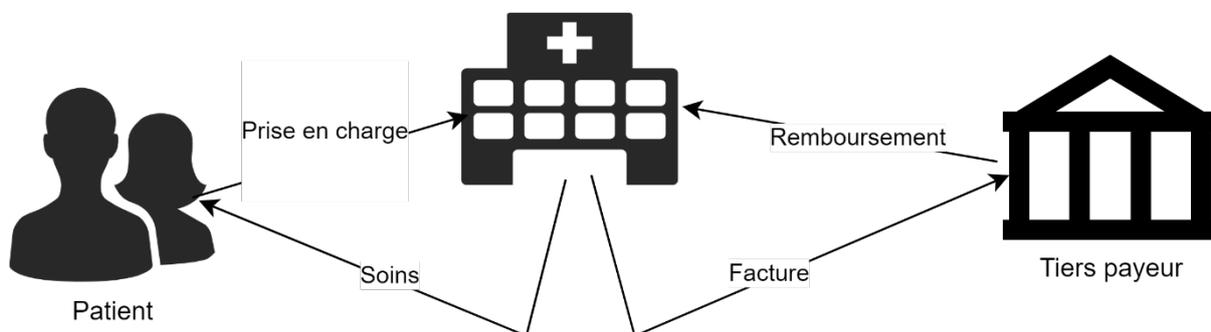
Certains auteurs comme l'économiste de la santé Camerounais, Jean Colbert Awono, ces concepts ont en commun qu'ils sont d'essence morale et visent tous à soulager la souffrance des plus vulnérables, la différence entre AMU et CMU étant le mode de contribution au régime.

En assurance santé, il existe principalement deux modes de paiement des prestations. Le paiement par le système de tiers-payant et le mécanisme de remboursement.

Le système de tiers-payant est le mécanisme qui **permet à un patient de ne pas avoir à déboursier de l'argent pour ses dépenses santé**, si elles sont prises en charge par la Sécurité Sociale ou un organisme de complémentaire santé. Il existe le tiers-payant total qui dispense totalement le patient du paiement des prestations à la charge de l'assurance et le tiers-payant partiel qui intègre un ticket modérateur ou des participations des bénéficiaires des prestations. Par contre, le système de remboursement exige un paiement des soins par l'assuré qui se fera rembourser plus tard par l'organisme de gestion de l'assurance.

Afin d'assurer un accès universel aux services de santé, le système de tiers-payant est plus adapté du fait qu'il réduit, voire supprime la barrière financière d'accès aux prestations.

Figure 2 : Système de tiers-payant



<sup>12</sup> OMS, rapport du secrétariat de la 114<sup>ième</sup> session du comité exécutif tenue le 29 avril 2004

## Les différentes fonctions du tiers-payant

Il est important de distinguer les fonctions du système de santé de celles du financement de la santé et les fonctions de l'organisme de gestion du tiers-payant.

Selon l'OMS, les principales fonctions du système de santé peuvent être classées en quatre grandes fonctions toutes inter reliés : (i) la fourniture des services de santé, (ii) la création de ressources (investissement et la formation) pour dispenser les prestations de services, (iii) le financement de la santé, ainsi que (iv) l'administration générale et la supervision du système de santé.

Quant aux fonctions du financement de la santé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, il s'agit de la mobilisation des ressources, de la mise en commun des risques et de l'achat passif ou stratégique des soins de santé. Bien que les fonctions ci-dessus citées entretiennent un lien structurel avec les fonctions de l'organisme de gestion, elles ne traduisent pas entièrement l'étendue des activités techniques mises en œuvre par l'organisme de gestion pour atteindre ses buts sociaux, sanitaires et économiques. En effet, selon Mintzberg (1982) «*la structure correspond à la somme totale des moyens employés pour diviser le travail et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches* ». Les activités techniques traduisent les missions de l'organisation et influencent son architecture générale, son ossature, dont la représentation graphique courante est l'organigramme.

Les principales fonctions de l'organisme de gestion du tiers-payant sont plus ou moins similaires aux fonctions du financement de la santé : la mobilisation des ressources, la mise en commun et l'achat des services. En effet, elles se déclinent ainsi:

- La **collecte des** cotisations versées par les ménages et des autres ressources provenant du gouvernement, des entreprises et des bailleurs de fonds.
- La **mise en commun** des risques qui est l'accumulation et la gestion des ressources financières mobilisées afin d'étaler les risques de paiement des services de santé sur les membres du groupe ; ainsi les individus ne supportent plus de risque sur une base individuelle.
- **L'achat des prestations. C'est le procédé** par lequel les contributions sont utilisées pour payer les prestataires afin de livrer un ensemble d'interventions de santé spécifiques ou non spécifiques. L'achat peut être soit passif soit stratégique ; l'achat passif étant réalisé selon des budgets prédéterminés ou par le paiement des factures lorsqu'elles se présentent. L'achat stratégique est plus efficient car il implique une recherche continue des meilleurs services de santé, comment les acheter et auprès de quels prestataires de soins.

Par contre, les fonctions assurées par l'Organisme de gestion peuvent être regroupées en six catégories. Il s'agit de l'affiliation/l'immatriculation, le conventionnement, le paiement des prestations, le contrôle médical et la gestion du système d'information et de gestion et de la gestion du portefeuille de risque. L'organisme de gestion peut déléguer une partie de ses missions à des organismes délégués, publics ou privés.

**L'affiliation** est le rattachement de l'assuré social à l'organisme de gestion du régime d'assurance maladie universelle. Ainsi, les employeurs sont affiliés et assurent le reversement des cotisations de la part employeur et travailleur. L'affiliation donne lieu à un numéro d'affiliation.

**L'immatriculation** est l'opération administrative qui constate la qualité d'assuré social par l'attribution d'un numéro d'identification.

**Le conventionnement.** C'est le processus consistant à établir un contrat entre les organismes de gestion du régime d'assurance maladie universelle et les prestataires de soins de santé. Le conventionnement comporte une définition des prestataires habilités (selon leur statut), la définition des critères d'accréditation, la mise en œuvre de la procédure d'accréditation et la négociation des contrats de tiers-payant avec les prestataires publics et privés.

**Le contrôle médical.** Selon l'article 65 du code de la sécurité sociale française « *le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie.....* ». Le service du contrôle médical constate les abus en matière de consommation des soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

D'une manière générale, dans les pays en développement et en transition, l'objet du contrôle est de s'assurer que les formations sanitaires fournissent effectivement, selon les protocoles de soins en vigueur et aux tarifs convenus, aux bénéficiaires, les prestations telles que prévues par l'assurance ou le tiers-payant

Au plan conceptuel, le contrôle médical participe à la maîtrise médicalisée des dépenses en veillant au suivi des engagements conventionnels et à l'évolution des consommations.

**Le paiement des prestations** est le remboursement des factures des soins dispensés par les établissements de santé contractualisés.

**La gestion du système d'information de gestion :** Cette fonction est transversale et intervient à tous les niveaux ; afin de faciliter la régulation du régime. Elle couvre aussi bien l'immatriculation que la facturation et le paiement des prestations. Elle sert de base au suivi des consommations, au reporting et prise de décisions y afférents. Vu l'ampleur des données à traiter, les systèmes d'information sont de plus en plus digitalisés.

**La gestion du portefeuille de risque. Le portage du risque est une fonction centrale** d'une assurance privée et l'est encore pour un organisme de gestion à statut public fait de l'insuffisante prévisibilité des ressources financières et du risque de sous recouvrement. Par ailleurs étant en charge d'une mission de service public l'organisme de gestion de la CSU doit observer une continuité dans le paiement des prestations en dépit des contraintes budgétaires auxquelles il pourrait faire face. Les stratégies mise en œuvre pour assurer la gestion du portefeuille de risque sont entre autres, les placements financiers pour assurer la croissance financière ; travers les produits financiers, le contrôle médico technique pour limiter les fraudes et les abus et le financement de la prévention.

Selon le niveau d'organisation de chaque pays, ces composantes peuvent être dissociées ou centralisées dans une même structure assurant leur gouvernance. Le schéma organisationnel des fonctions et missions types du tiers-payant, est présenté dans le tableau ci-dessous (Tableau 1). En plus de la mobilisation et de la mise en commun des ressources, de l'achat des prestations, elle présente les attributs du tiers-payant.

Tableau 1: Fonctions et missions types du tiers-payant

<b>SEQUENCE DES FONCTIONS D'UN MECANISME D'ACHAT DES SOINS EN TIERS - PAYANT</b>				
<b>REGULATION</b>				
<b>LEVEE DES FONDS</b>	<b>MISE EN COMMUN (ET MOBILISATION DES FONDS)</b>	<b>CONVENTIONNEMENT AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS</b>	<b>PORTAGE DU RISQUE</b> 4	
1	2	3	<b>ACHAT DES SOINS</b> 4.1	<b>GESTION DES RISQUES TECHNIQUES ET FINANCIERS</b> 4.2
Négociation avec l'Etat du budget à lever	Conception des produits	Choix des prestataires	Contrôle administratif et financier	Configuration du produit
Négociation des financements avec les PTF	Budgétisation des besoins de financement	Accréditation	Contrôle médical	Suivi des consommation et analyse des risques
Collecte des contributions auprès des bénéficiaires ou leurs "donateurs /souscripteurs"	Mise en commun des fonds mobilisés	Contractualisation du tiers - payant	Paiement des prestataires de soins	Identification des mesures de redressement
	Allocation des fonds mobilisés	Suivi des contrats	Reporting technique et financier	
			Suivi technique de la qualité des soins achetés	Suivi de la mise en œuvre des mesures de redressement
<b>SYSTEME D'INFORMATION DE GESTION</b>				

Source : figure adaptée par l'équipe des consultants sur base de la typologie des fonctions du tiers-payant

Selon le tableau ci-dessus, l'organisme de gestion a trois fonctions principales et des missions stratégiques connexes : la mobilisation des ressources, leur mise en commun et l'achat des prestations auxquelles certains experts ajoutent la régulation et la gouvernance. Le but de la régulation est de veiller à la qualité des soins, favoriser la coordination des acteurs, capitaliser en continu et pérenniser le système (institutionnel, technique, équilibre financier).

Pour ce qui est de la gouvernance elle peut se définir comme les cadres légaux, institutionnels et organisationnels mise en place et fonctionnels pour assurer la gestion performante de la CSU. La gouvernance vise à déterminer les principaux attributs institutionnels en particulier : la transparence, la redevabilité, la participation, l'intégrité et la capacité de l'organe de gestion à concevoir, opérer, encadrer et ajuster en permanence les régimes de couverture pour parvenir et maintenir une couverture santé universelle. Pour ce faire l'organe de gestion est régie par des statuts et administré par des instances de pilotage où toutes les principales parties prenantes sont représentées.

La gouvernance de l'organe de gestion de la CSU fait de plus en plus face au défi de la décentralisation du fait que les collectivités sont de plus en plus impliquées dans le développement de l'offre de soins, les Ministères de la santé devant jouer un rôle d'orientation.

En ce qui concerne les missions de ligne, sans être exhaustives elles sont au nombre de six et correspondent aux tâches techniques qui fondent le cœur de métier de l'organisme de gestion : (1) l'affiliation, y compris l'immatriculation, (2) le recouvrement des ressources, (3) le conventionnement des prestataires, (4) le contrôle médical et la gestion des risques, (5) le paiement des prestations et (6) la gestion du système d'information.

### **Le schéma institutionnel cible**

Les travaux préparatoires du projet de loi préconisaient la création d'un établissement public pour la gestion de la CSU ou la délégation de sa gestion à un organisme privé sur autorisation du président de la République. Si c'est un établissement il sera créé en application de la loi 2017/010 du 12 Juillet 2017 portant statut général des établissements publics et des entreprises du secteur public et parapublic de l'Etat. L'article 5 alinéa 1 précise que les établissements publics appartenant à l'Etat sont créés par décret du président de la République. L'article 6 indique que l'acte de création précise notamment : ses missions, le patrimoine d'affectation, ses ressources ainsi que les tutelles technique et financière. S'agissant de la tutelle technique, l'article 8 précise que la tutelle technique est assurée par le département ministériel dont relève le secteur d'activités de l'Etablissement public ou tout autre organe prévu dans l'acte de création. Quant à la tutelle financière elle est assurée par le Ministère en charge des finances.

Quant à la gestion de la CSU par un organisme privé, il s'agit d'une exception dont la mise en place doit suivre les règles de délégation du service public, en particulier par une convention. L'analyse des résultats de la contractualisation avec la SUCAM montre qu'une telle approche faite face à plusieurs défis institutionnels et opérationnels. Il s'agit en particulier du vote de la loi CSU pour permettre la perception des derniers publics par un organisme privé, la gestion des données personnelles et surtout la capacité et l'expérience de l'organisme privé à gérer le passage à l'échelle d'une politique publique dans tout le pays. Par ailleurs, l'entente contractuelle peut être fragilisée par des événements imprévus qui peuvent créer des désagréments dans la continuité du service public, obligeant l'Etat souverain à prendre le relais. Suite aux discussions avec les acteurs de SUCAM, ces évidences semblent être confirmées, le MINSANTE ayant pris le relais dans la poursuite des opérations d'enrôlement en lieu et place de SUCAM.

Selon l'article 2 de la loi 2017/010 portant statut général des établissements publics de l'Etat, il existe 9 types de catégories d'établissements publics de l'Etat définis dans loi : Il s'agit des établissements publics à caractère spécial, les établissements publics à caractère culturel, les établissements publics à caractère scientifique ; les établissements publics à caractère technique, les établissements publics à caractère professionnel, les établissements publics à caractère économique et financier, les établissements publics à caractère hospitalier et les établissements publics à caractère social. Ces établissements publics sont classés en cinq catégories définies par le décret.

L'organe à créer dans le cadre de la CSU est un établissement public à caractère spécial. A ce titre, il peut faire des placements financiers pour augmenter la valeur des actifs de l'Organisme et partant son efficacité.

Sur le plan de la typologie de l'organisation des établissements ou sociétés, il existe selon les auteurs cinq modèles organisationnels :

- L'organisation divisionnelle est utilisée lorsque l'entreprise opère dans plusieurs secteurs d'activités (H. MINTZBERG). Ainsi l'organisation se divise en divisions autonomes chacune s'occupant d'un secteur d'activité donné. La prise de décision est rapide mais la coordination est complexe.

- L'organisation fonctionnelle qui est la plus courante et consiste à diviser l'entreprise selon ses fonctions ; marketing, production, ressources humaines ; etc., chaque département étant spécialisé dans une fonction de l'entreprise. Dans ce type d'entreprise la coordination est efficace mais la communication interdépartementale est difficile.
- L'organisation matricielle comporte un double commandement ; les employés sont rattachés à une division et en même temps à une fonction. Ce qui facilite la mise en œuvre de projets transversaux mais reste source de conflits de priorités.
- L'organisation en réseau est mise en place lorsque plusieurs entreprises collaborent de manière interconnectée pour atteindre un objectif. Elle a pour avantage le partage de l'expertise mais engendre une perte du contrôle.
- L'organisation en équipe consiste à regrouper les employés en équipe multidisciplinaires pour accomplir des tâches spécifiques ; elle favorise le travail en groupe et la collaboration. Elle a comme inconvénient une surcharge de la communication.

A l'issue de l'analyse des scénarios de mise en place de l'organe de gestion, la structuration adaptée à chaque scénario sera proposée.

### 3.3 L'équipe de consultants, la coordination et l'assurance qualité

L'équipe de consultants réunie par Swiss TPH pour cette étude a des atouts appréciables. Ils sont expérimentés et complémentaires. Tous les consultants proposés, y compris l'équipe de backstopping ont la parfaite maîtrise des mécanismes de financements du Cameroun.

- La complémentarité réside dans le fait que l'équipe comporte un inspecteur des impôts qui a analysé la faisabilité de la mobilisation pérenne de nouvelles ressources fiscales au profit de l'organisme de gestion, d'un inspecteur des finances ayant analysé les circuits financiers et la soutenabilité du fonctionnement de l'organisme de gestion et sa viabilité financière, d'un économiste de la santé ayant aussi des capacités juridiques et d'un spécialiste en management et gestion des services de santé qui ont conçu le montage institutionnel du tiers-payant des prestations de soins et réalisé l'analyse et des textes de lois et les défis d'ordre juridique de la création de la mise en place et du fonctionnement de l'organe de gestion de la CSU.
- Trois des quatre experts proposés par Swiss TPH ont participé sur le terrain à la mise en place et en œuvre du Chèque santé avec l'appui de l'AFD. Or le chèque santé a été un précurseur majeur de la CSU au Cameroun. A ce titre, ils ont eu à participer à toute la réflexion sur la CSU : participation aux réunions, rédaction de notes techniques, capitalisation de l'expérience du chèque santé avec la CSU comme point d'achèvement et de pérennisation. Ces facteurs ont permis à l'équipe d'avoir accès aux acteurs clés et de concevoir un schéma organisationnel adapté au contexte institutionnel du Cameroun.
- De plus le chef de mission (M. Adama Traore) et M. Jean Gaspard Ntoutoume Ayi expert en finances publiques ont déjà travaillé comme conseillers dans une caisse d'assurance maladie respectivement au Burkina Faso et au Gabon ; et ils sont en outre familiers du contexte de la CSU et des finances publiques au Cameroun. Leur expérience leur a permis d'éprouver le modèle organisationnel et les défis du fonctionnement d'un organisme de gestion du tiers-payant des prestations de soins ; dans les pays en Afrique au sud du Sahara.
- L'expert national, M. François Akoa, a apporté son appui à l'analyse d'une vision macro avec son expérience sur la CSU à l'international à l'OMS, et a contribué à ancrer les propositions de financement de la CSU dans les réalités locales et dans l'architecture des finances publiques en tant qu'ancien haut cadre du Ministère des finances du Cameroun.

## 3.4 Le suivi de l'étude

### Suivi interne par SwissTPH

Le chef de mission était chargé de la mise en œuvre opérationnelle de la mission. Il a informé régulièrement le chargé de backstopping de l'évolution de la mission.

Au siège de Swiss TPH, un chargé de backstopping de la mission était chargé de la qualité des livrables, tout en rendant compte régulièrement de l'évolution de la mission aux instances hiérarchiques habilitées à Swiss TPH.

Dans ce cadre, il a assuré l'entrée des documents et des informations dans une base de données accessible à tous les autres membres de l'équipe de la mission d'étude. Régulièrement, il a dispatché les informations collectées à tous les membres de l'équipe et a contribué à production du rapport, notamment sur la partie benchmarking.

Un appui technique et administratif de proximité, assuré par un autre cadre de Swiss TPH, a permis à la mission de se dérouler sans encombre.

### Le comité de suivi de l'étude

Au Cameroun, selon les TdR, la mise en place du Comité interministériel de suivi de l'étude, piloté par la Primature, était chargé du déroulement de l'étude. Il devait valider la méthodologie à suivre et être périodiquement informé des travaux de la mission. La mission et l'AFD ont entrepris plusieurs démarches auprès du MINSANTE pour la mise en place du comité mais sans succès. Mais du fait de l'existence d'un groupe technique national de mise en œuvre de la CSU, le MINSANTE a préféré, sans doute pour des raisons d'ordre politique, que les résultats soient restitués le moment venu à ce groupe technique national qui pourrait être élargie aux directions centrales des Ministères venu et institutions impliqués dans la mise en place de la CSU au Cameroun. Le DEP a toujours été associé aux différentes étapes de la réalisation de l'étude.

Les consultants, sur place et avec la facilitation et la participation de l'AFD, ont pu rencontrer et échangé avec les personnes ressources identifiées dans les différents départements ministériels devant être membres dudit Comité.

Un atelier de restitution, regroupant les cadres du MINSANTE et certains PTF, a été organisé le 5 juillet 2024 pour se pencher sur les conclusions de la mission.

### Les modalités d'échanges avec l'AFD

Au Cameroun, les échanges avec l'AFD se sont faits en présentiel ; les consultants rendant compte régulièrement de l'évolution de la mission à la Chargée de mission santé et Éducation à l'AFD, référente de l'étude.

Des réunions de coordination en visio-conférence entre le siège de l'AFD, celui de SWISSTPH à Bâle et les consultants à Yaoundé ont eu lieu toutes les deux semaines tout au long du déroulement de l'étude.

## 3.5 Les étapes de l'étude

### La recherche documentaire

La mission a fait une revue des documents reçus de l'AFD, des administrations centrales et partenaires techniques et financiers (PTF) au Cameroun ; elle a analysé plusieurs autres documents obtenus ; notamment des fonds documentaires de partenaires techniques et financiers et autres institutions internationales et locales. Il s'agit des acteurs dans des domaines d'intervention en lien avec le montage institutionnel des organismes de tiers-payant des systèmes de CSU en Afrique (Maghreb et au Sud du Sahara). Dans ce cadre, la mission a analysé, entre autres, les plans sectoriels santé, les rapports des travaux du groupe technique national couverture santé universelle CSU ; y compris ceux des commissions thématiques, les rapports d'études commanditées par le Ministère de la santé sur les composantes de la CSU (Etude des consommations médicales, étude actuarielle), les textes réglementaires, référentiels et rapports de mise en œuvre de la CSU phase 1; les lois des finances, les travaux préparatoires sur la loi CSU. Au niveau des départements en charge de l'action sociale et de la sécurité sociale, les documents en lien avec la mise en œuvre de la stratégie de protection sociale ont été examinés. Au plan sous régional, les engagements pris par le Cameroun pour la mise en place de la CSU, en particulier au niveau de la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale (CIPRES) et de l'OIT ont été analysés ; y compris les expériences des pays qui se sont engagés dans les projets de mise en œuvre des systèmes de couverture santé universelle. Dans le cadre de ce benchmarking sous régional, la revue documentaire a permis de capitaliser sur les expériences de six pays : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Ghana, le Rwanda et le Sénégal.

Les documents recensés par catégories sont répertoriés en fin de rapport (Voir partie bibliographie à la fin du rapport).

### La collecte et l'analyse des données

La collecte des données s'est déroulée de Janvier à Avril 2024 au Cameroun. Dans le courant du mois de janvier 2024, une première demande d'informations préliminaires a été adressée par l'AFD aux différents départements ministériels impliqués ; avec pour objectif de faciliter l'accueil des consultants qui s'étaient fixé pour objectifs de leur présenter la méthodologie de l'étude, recueillir les suggestions des chefs de départements et recenser des fonds documentaires pertinents dont ils disposent.

La collecte a tenu compte du fait que cette étude était multidimensionnelle et multi acteurs. De ce fait, la démarche a été centrée sur une approche participative et itérative avec les parties prenantes à tous les niveaux. Elle a été menée à travers des entretiens avec ces dernières. Elle visait à connaître leurs perceptions préalables sur la cohérence, la pertinence, la viabilité institutionnelle du projet de création de l'organe de gestion et les écueils à éviter.

Ainsi, pour analyser les aspects institutionnels, organisationnels et financiers, les consultants ont été reçus et ont discuté directement avec les responsables de différents départements ministériels (santé, Finances, travail, Affaires Sociales), les directeurs centraux du MINEPAT. Des échanges ont eu lieu aussi avec les responsables des organismes publics et parapublics (CNPS, FRPS, FEICOM, SUCAM), les ONG et Associations nationales et internationales actives dans le secteur de la santé et de la protection sociale ; ainsi que les institutions du système des nations unies).

Les consultants ont rencontré personnellement le Ministre de la santé publique, le Ministre des finances, le Ministre du Travail et de la sécurité sociale, le Chargé de Programme de l'AFD, le

Secrétaire Général du Ministère du travail et de la sécurité sociale, la Présidente du Conseil d'administration de la Société Santé Universelle Cameroun (SUCAM), signataire du contrat partenariat public privé pour la gestion de la CSU au Cameroun. Les consultants ont rencontré plusieurs hauts cadres des administrations publiques aussi bien au niveau central que régional ainsi que les PTF. La liste complète des personnes rencontrées est en du rapport.

Les années couvertes par la collecte des données vont de 2015 à 2024. Cette période correspond aux années de mise en œuvre des politiques et interventions de santé durant lesquelles le remboursement des prestations s'opérait à travers des mécanismes de tiers-payants (HIV user Fees elimination, chèque santé). Dans l'histoire récente de la CSU au Cameroun, cette période correspond aussi au moment d'une grande affirmation de la volonté politique, au plus haut niveau, pour le démarrage de la CSU<sup>13</sup>. En effet, c'est en 2015 qu'il a été mis en place le groupe technique national intersectoriel conjointement présidé par le Ministre de la santé et le Ministre du travail et de la Sécurité Sociale afin de conduire le processus et faire des propositions au Gouvernement sur les différentes options de gestion de la CSU.

La présente étude se situe bien dans ce cadre de marche progressive vers la mise en place de l'Organe devant gérer la CSU.

Les données ont été collectées à Yaoundé, dans les régions du Littoral, de l'Ouest, du Sud, de l'Adamaoua en présentiel, puis dans les Cinq autres régions au moyen d'entretiens à distance.

La liste des outils de collecte des données est la suivante :

1. Guide d'entretien à l'intention des directions centrales des ministères ;
2. Guide d'entretien concernant les institutions publiques et parapubliques ;
3. Guide d'entretien concernant la CTN CSU et ses démembrements ;
4. Guide d'entretien concernant les FRPS ;
5. Guide d'entretien concernant les ordres professionnels ;
6. Guide d'entretien concernant les PTF ;
7. Guide d'entretien concernant les syndicats, le patronat et la société civile ;
8. Grille d'analyse documentaire ;
9. Tableau de collecte des données sur les statistiques nationales à l'INS
10. Tableau de collecte des données statistiques et financières au MINSANTE et au MINFI

Les ateliers animés par la Mission :

- Avant le démarrage de l'étude, une rencontre de cadrage a été tenue le 10 janvier 2024 avec l'AFD. Par la suite, trois ateliers ont été tenus durant la période couverte par l'étude.
- Une première réunion de présentation tenue le 14 Février 2024 à l'AFD sur la méthodologie de l'étude avec les PTF intervenant dans la santé au Cameroun
- Une deuxième réunion d'échanges sur la méthodologie et les premiers constats avec les administrations centrales et les PTF le 11 avril 2024 à l'AFD.
- Un atelier de validation du rapport provisoire s'est tenu le 5 juillet 2024 à Yaoundé.

En ce qui concerne les livrables, un rapport préliminaire de l'étude a été soumis à l'AFD le 31 janvier 2024. Il comporte la méthodologie actualisée, la liste des documents, par catégories, la liste des outils de collecte, le calendrier détaillé, la technique d'échantillonnage, une proposition de la liste des personnes à rencontrer et les suggestions et recommandations de Swiss TPH pour l'atteinte des objectifs de l'étude.

---

<sup>13</sup> Voir discours de fin d'année du Président de la République en 2017.

Quant au présent rapport provisoire, il vient répondre aux objectifs spécifiques de l'étude, appuyé sur une analyse approfondie du contexte national et international de la mise en place des organismes de gestion de la CSU avec notamment une étude de benchmarking dans 6 pays.

### 3.6 Le calendrier de mise en œuvre de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de cinq mois allant de Janvier à Juin 2024.

Ci-dessous est présenté le calendrier synthétique de l'étude. (Voir aussi l'Annexe 3).

Tableau 2: Calendrier synthétique du déroulement de l'étude

Phases	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet
<b>1. Phase de démarrage</b>							
<b>2. Phase de collecte et d'analyse des données</b>							
<b>3. Phase de synthèse</b>							
<b>4. Rapportage et restitution</b>							

Source : rapport de l'étude

### 3.7 Les principaux écueils et difficultés rencontrés au cours de l'étude

La mission a rencontré trois difficultés principales. D'abord la formalisation du comité interministériel de suivi dans le format mentionné dans les TDR. Le MINSANTE n'a pas mis en place de comité interministériel. Pour pallier cette insuffisance, la mission a rencontré en personne les Ministres des départements impliqués pour avoir leurs points de vues et recommandations et par la suite deux rencontres d'échanges dont une avec les PTF et une avec les administrations centrales se sont tenues à l'AFD.

Ensuite, l'équipe n'a pas pu obtenir la note destinée à faciliter la collecte des données signée du Ministre de la Santé Publique pour introduire la mission auprès des services déconcentrés et des autres acteurs. Comme mesure de mitigation, la DEP a procédé à des appels téléphoniques pour introduire les consultants lors de chaque visite en région.

Enfin, certains partenaires techniques et financiers (PTF) n'étaient pas disponibles et pour pallier à cet état de fait l'AFD a invité, dans ses bureaux, les personnes ressources (dont celles pressenties pour faire partie du Comité interministériel de suivi de l'étude).

## 4. BENCHMARKING

### 4.1 Les critères de sélection des pays pour le benchmarking fonctionnel dans le cadre de la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun

#### Les fondements des critères

Les TDR de l'étude des préalables de la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun mentionnent la nécessité de faire un benchmarking fonctionnel dans le but de mettre à la disposition du Cameroun les meilleures pratiques en termes de mise en œuvre de la CSU et spécifiquement de l'Organe de sa gestion.

Selon Lepoivre « L'analyse benchmark est synonyme de mise en œuvre des bonnes pratiques observées dans d'autres contextes, cela ne signifie pas un copié collé mais offre un cadre réflexif qui permet d'orienter d'autres modes d'actions inspirés de méthodes qui ont fait leurs preuves ». <sup>14</sup>

Pour ce faire, l'équipe de consultants a sélectionné les pays suivants :

Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Gabon, le Ghana, le Rwanda et le Sénégal,

Le choix de ces pays a été fait en fonction de l'objectif de l'étude qui est de proposer des scénarios de mise en place de l'organe de gestion ; y compris les impacts en termes de ressources humaines, matérielles et financières. Or, ces pays ont mis en œuvre la CSU et sont à des stades différents ; ce qui peut éclairer avantageusement la marche du Cameroun vers cet objectif.

Le choix est notamment justifié par la présence d'expériences documentées en matière de mise en place de l'organe de gestion fonctionnel en 2024 et dans lesquels la théorie du changement, en particulier la réduction des paiements directs, est une réalité.

D'une manière générale les échecs de ces pays sont aussi documentés afin de permettre au Cameroun de capitaliser sur ces échecs afin d'éviter certains écueils.

Des fiches, par pays, ont été réalisées sur base des critères suivants :

- Existence d'une loi d'orientation sur la CSU ou l'Assurance maladie obligatoire ou universelle pour apprécier le cadre juridique et organisationnel de la mise en œuvre de la CSU ;
- L'existence d'un ou de plusieurs organes de gestion de la CSU qui soient fonctionnels en 2024 pour apprécier les progrès institutionnels du pays vers la CSU ;
- La Tutelle : séparation de la tutelle technique et de la tutelle financière ; séparation de la tutelle technique de l'offre de soins ;
- La composition du CA : représentation de toutes les parties prenantes ;
- Le pourcentage des dépenses à la charge des populations qui soit inférieur à 40% pour mesurer le progrès vers 20% des dépenses à la charge des ménages

---

<sup>14</sup> LEPOIVRE, F, Benchmarking, Concept et méthodologie, Navao Conseil, 2001-2004, V02/2005, p.3

- Le niveau de l'index CSU : avoir un index Supérieur à 40% pour mesurer le progrès vers 100% d'accès aux soins ;
- Le panier des soins : savoir ce qui est couvert en termes de prestations de soins et ce qui ne l'est pas ;
- Les soins gratuits : connaître si les programmes de soins gratuits font partie des soins financés par la CSU ou gérés à part ;
- Taux de couverture : évaluer le niveau de couverture en termes géographique et/ou du pourcentage d'habitants couverts par la CSU ;
- Mode de financement : identifier les principales sources de financement de la CSU ;
- Assistance technique : savoir si le pays a mis en œuvre la CSU tout seul ou s'il a bénéficié d'une assistance technique externe.

## 4.2 La synthèse des informations sur le benchmarking

Après le dépouillement des fiches, la synthèse suivante permet de faire ressortir les points saillants pouvant fournir d'éléments de repères pour le Cameroun dans la mise en place de l'Organe de gestion.

La fiche en Annexe 5 présente les informations détaillées de chaque pays qui sont à la base des éléments de synthèse qui vont être présentés ci-après.

### 4.2.1 L'existence de la loi sur l'Organe de Gestion

Dans tous les 6 pays analysés, il y a actuellement une loi régissant la CSU. Mais tous les pays n'en ont pas fait un préalable, notamment les pays ayant assis la CSU sur l'expérience des mutuelles de santé (Ghana, Rwanda). Ils ont laissé évoluer lesdites expériences et quand le besoin d'étendre ce type de dispositif à une plus grande partie de la population et à rendre l'adhésion obligatoire, ils ont alors légiféré

Par ailleurs, il y a lieu de noter que les pays qui se sont engagés durant les dernières années dans la marche vers la CSU ont plutôt commencé par légiférer : Côte d'Ivoire, Gabon, Burkina Faso et Sénégal.

Mais l'expérience montre que les succès de ces pays ont été possibles du fait de la disponibilité des principaux référentiels en matière de protection sociale : Politique nationales de protection sociale, politique et code de la sécurité sociale.

Dans quelle voie le Cameroun peut-il s'engager dans son progrès vers la CSU ? L'analyse du contexte montre que la priorité a été accordée à la loi sur la CSU ; toute chose qui justifie les interrogations de certains sur la portée de la CSU phase 1 en l'absence de la loi ? Pourtant du fait de la non maîtrise de l'agenda de l'adoption de la loi et surtout de sa promulgation, la mise en place de l'organe de gestion et les délais de son opérationnalisation, il est souhaitable que le Cameroun poursuive sa progression vers la CSU par le renforcement des mécanismes de couverture des populations déjà en cours. La définition des rôles des acteurs et des sources de financement de la CSU par la loi viendrait renforcer le processus en cours. Autrement dit, la poursuite de la phase 1 en cours est à recommander. Ainsi les acquis de l'expérience pourraient être capitalisés pour renforcer le contenu de la loi cadre sur la CSU.

Tableau 3: Présentation des composantes de la tutelle de la CSU dans 6 pays étudiés.

Tutelle							
Organe de tutelle	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Gabon	Ghana	Rwanda	Sénégal	Observations
Ministère de l'Equité						X	
Ministère de la Santé		X					
Ministre chargé de l'emploi		X					
Agence Nationale de l'assurance Maladie				X			Aucun Ministère n'assure la tutelle ; l'Agence est autonome et mise en place par la loi
Ministère des Finances					X		Donc cumul de la tutelle technique et financière ; prenant l'Organe de Gestion davantage comme une Institution Financière
Ministre en charge de la Sécurité sociale	X	X	X				

Source : Données du benchmarking collectées lors de l'étude, avril 2024

## 4.2.2 La tutelle

Dans l'ensemble des pays, la tutelle financière est assumée par le Ministère des Finances.

Pour ce qui est de la tutelle technique les situations varient, comme le montre le tableau précédent (Tableau 3).

## 4.2.3 La composition du conseil d'administration

Dans 5 pays sur les 6 en revue, les différentes parties prenantes représentées au Conseil d'Administration sont nommément désignées par la loi instaurant la CSU.

Une exception est faite au Rwanda où la loi prévoit qu'ils sont nommés par décret présidentiel sans plus de précisions. C'est donc le Président qui veille à cette représentativité des parties prenantes, avec tous les avantages mais aussi les inconvénients que pareille disposition pourrait comporter.

Dans tous les cas, les CA doivent être composés des représentants de l'Etat, des employeurs, des travailleurs, des bénéficiaires souvent à travers la ligue des consommateurs et des ordres professionnels de la santé. Le principe de la parité doit être respecté. Dans certains pays, les assureurs privés sont membres du conseil d'Administration. Cela pourrait être le cas du Cameroun où le partenariat entre l'Etat et les assureurs privés est dynamique ; y compris les mutuelles de santé.

## 4.2.4 L'existence d'un ou de plusieurs organes de gestion

Dans les pays étudiés, il y a partout un seul Organe de gestion, assumant toutes les fonctions du tiers – payant.

Partout l'Organe de gestion est un établissement public.

Dans 4 pays sur les 6 étudiés, il y a eu la création d'une Caisse nationale.

Seul le Rwanda a pris l'option d'arrimer à l'existant : le RSSB (Rwanda Social Security Board). C'est la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale qui gère tout le système de protection sociale (risques professionnels, rentes d'ascendants, pensions de retraite) du secteur formel public et privé depuis l'indépendance (1962). L'assurance santé était gérée par trois institutions séparées : la MMI (Military Medical Insurance) pour les militaires, le RAMA (la Rwandaise d'Assurance Maladie) pour les travailleurs du secteur formel et les Mutuelles de santé (CBHI. Community Based Health Insurance) pour les populations du secteur informel qui était sous la responsabilité technique d'un programme vertical du Ministère de la Santé. Le Gouvernement les a donc fusionnés et placés sous la gestion du RSSB (Rwanda Social Security Board) auquel la nouvelle mission de gestion de l'assurance maladie pour l'ensemble des citoyens a été confiée.

L'autre cas intéressant est celui du Sénégal qui a plusieurs organismes séparés mais complémentaires : pour le secteur formel et contributif avec une CSS (caisse de sécurité sociale), les IPM (Instituts de Prévoyance Maladie) pour le secteur formel privé et les mutuelles de santé pour secteur informel contributif. La CMU, gérée par une agence, a permis de prendre en compte le secteur informel, le monde rural et les indigents. Le morcellement de la gestion de l'assurance maladie pourrait ne pas favoriser le partage du risque à grande échelle, nuisant à l'efficacité induite par « l'unité de temps, d'action et de lieu » plutôt recommandée pour ce qui est de la prise en charge de la santé de l'ensemble de la population d'un pays.

#### 4.2.5 Le pourcentage des dépenses de santé à la charge de la population : paiements directs

Les paiements directs sont moins élevés au Rwanda avec 10,40% des coûts à cause du taux d'adhésion élevé. Il est connu que plus le risque maladie est réparti sur un grand nombre de gens (taux d'adhésion de 93%) moins sera le reste à charge de tout un chacun ; et ceci dans un environnement économique de ressources limitées. Mais le contexte de mise à œuvre n'est pas facilement répliquable : gouvernance forte, situation post génocide, petit pays avec parlant la même langue etc.

Le cas du Gabon (20,13%) est tout aussi intéressant mais cette performance est difficilement comparable car c'est un pays avec un nombre non élevé de populations avec des ressources pétrolières importantes. Mais il a le mérite de concevoir et mettre en œuvre le système, car il y a des pays qui ont plus de potentialités sans pour autant disposer du même système d'assurance maladie.

Le cas du Ghana est certainement est un des plus intéressants : le taux est à 30%, avec un mode de financement public pérenne basé sur la TVA.

#### 4.2.6 Le niveau de l'index CSU

Quatre indicateurs, appelés index, sont utilisés par l'OMS et le groupe de la Banque Mondiale pour suivre les progrès des pays vers la CSU et un rapport annuel est produit à cet effet. Les 14 indicateurs sont agrégés sous forme d'un index CSU et comportent la disponibilité des soins de santé maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité des services de santé et leur accès. Parmi les pays sous revue dans ce rapport, le Sénégal, avec un taux de 50% pour ce qui est de l'atteinte des indicateurs CSU de l'OMS, est le plus avancé, avec un taux d'adhésion de la population de 53% (8,9 sur 16 millions). Il est d'autant méritant que l'on arrive à ce résultat en empruntant plusieurs voies (voir plus haut au point 4.2.4).

Le Gabon est à 49%. Ce qui est un bon score vu la date plutôt récente d'introduction de la CSU.

La qualité des soins encore insuffisante, au regard des critères de l'OMS, est la principale explication de l'indice qui est encore non performant.

Le Rwanda est aussi à 49%, alors qu'il a un taux d'adhésion plus élevé. Ceci s'explique par la composition du panier de soins proposé à l'ensemble de la population dont les composantes ne remplissent pas encore toutes les normes de l'OMS.

Le cas du Ghana avec 48% du niveau d'indice CSU et un taux d'adhésion de la population de 70% interroge aussi. Le taux de disponibilité et qualité de certains services chers à l'OMS explique également ce taux qui ne dépasse pas encore le score de 50%.

#### 4.2.7 Le panier de soins

Dans les 6 pays sous revue, le petit risque (soins ambulatoires) et le gros risque (hospitalisations) sont partout couverts. Par contre, partout les soins esthétiques ne sont pas couverts. Il en est de même des prothèses (yeux, dents).

Le panier de soins le plus complet est certainement celui de la Côte d'Ivoire où tout est couvert y compris les maladies chroniques.

Celui qui est le plus modulé, avec des niveaux de co-paiement spécifiques par catégories de prestations et par groupes cibles, c'est le Sénégal.

Au Cameroun un panier de soins unique pourrait ne pas être attrayant pour la classe moyenne. Un panier de base incluant les soins ambulatoires et hospitaliers plus les maladies chroniques pour tout le monde pourrait intéresser 50% de la population. Un panier de soins plus large comprenant les médicaments de spécialités, les examens de laboratoires et de radiologies (Exemple de l'écho doppler) pourraient intéresser les classes moyennement nanties.

#### 4.2.8 Les soins gratuits

Dans l'ensemble des pays, les pandémies et épidémies (VIH/SIDA, COVID, Choléra) sont couvertes soit par l'assurance maladie soit comme programmes verticaux gérés par l'Etat.

La gestion des soins gratuits au Sénégal est la plus proche de la situation du Cameroun. Car, les soins des enfants de moins de 5 ans, ceux des femmes en termes de césarienne et la dialyse sont gratuits. Il en est de même du Burkina Faso qui ajoute à cette liste le traitement des cancers.

Par contre, au Sénégal ces soins gratuits sont séparés du panier de soins de l'assurance maladie universelle au moment où le Cameroun en a fait sa base de la CSU – Phase 1.

#### 4.2.9 Le taux de couverture et le taux d'adhésion (ou de pénétration)

Il importe de différencier le taux de couverture, qui est en termes géographique (nombre de districts couverts par rapport au nombre total des districts du pays) du taux d'adhésion ou de pénétration qui rapporte le nombre d'habitants couverts par la CSU au chiffre total de l'ensemble de la population.

Dans 5 pays sur 6 du benchmarking, le taux de couverture est de 100%.

Les mécanismes de financement considérés incluent des régimes d'assurance maladie, des programmes gouvernementaux de santé publique, ainsi que des initiatives de partenariat avec des organisations internationales et les ONG

Au Burkina Faso le pays a commencé par les indigents, la couverture est effective dans 8 régions sur les 13 régions du pays, à cause de l'insécurité. Pour les autres composantes de la CSU, une phase pilote a eu lieu de 2017 à 2018 dans deux province et deux 4 districts : Tougan, Toma, Sebba et Seguenega.

L'extension à tout le pays a commencé par les indigents en 2020.

Pour ce qui est du taux d'adhésion (taux de pénétration), il varie d'un pays à l'autre pays.

Le tableau qui suit présente la situation de chaque pays concerné par cette étude (Tableau 4).

Tableau 4 : Présentation du taux de pénétration de la couverture santé universelle

Indicateurs	Burkina Faso	Cote d'Ivoire	Gabon	Ghana	Rwanda	Sénégal
Nombre de bénéficiaires	7 925 000	7 847 093	17 000 000	16 750 000	12 981 466	8 900 000
Nombre d'habitants	23 000 000	28 160 000	24 000 000	34 121 985	13 246 394	16 000 000
Taux	34,46	27,87	70,83	49,09	98,00	55,63

Source : Données du benchmarking collectées lors de l'étude, avril 2024

#### 4.2.10 Le mode de financement de la CSU

Sur les 6 pays considérés, il y a partout trois sources de financement : l'Etat sous différentes sources, les cotisations des employeurs et des salariés et enfin les PTF.

Dans 4 pays, il y a le système des mutuelles qui vient compléter le dispositif : Burkina Faso, Ghana, Rwanda, Sénégal.

Le cas du Gabon est particulier, c'est l'Etat et la taxe sur la consommation des ménages qui financent pour les personnes vulnérables et une grande partie de la population est rangée dans cette catégorie, donc dispensée de la contribution. En comparant à la situation des autres pays sous revue, nous pouvons noter que beaucoup de personnes du secteur informel qui contribuent se retrouveraient plutôt dans cette catégorie et qu'une plus grande subvention de leur contribution devrait être envisagée aussi. Il est à rappeler que pour le Gabon, il dispose d'immenses richesses en bois et en ressources pétrolières pour un nombre d'habitants non élevé : il peut donc se le permettre facilement ; mais le Cameroun dispose aussi de grandes potentialités économiques...

Le mode de financement des dépenses de santé au Rwanda mérite aussi de s'y pencher un peu pour rendre les choses comparables. C'est presque toute la population valide qui contribue mais les dépenses de santé ont été supportées pendant longtemps à plus de 40% par l'aide internationale par suite de la grande crise humanitaire consécutive à la guerre (1990-1994) et au génocide de 1994.

#### 4.2.11 L'Assistance Technique

Dans la totalité des 6 pays considérés, il y a eu une assistance technique revêtant des formes diverses : personnes ressources étrangères résidentes pendant un certain nombre d'années (Rwanda, Ghana, Burkina Faso, Ghana), missions perlées sur des thèmes spécifiques (Sénégal, Côte d'Ivoire et Gabon). Un sujet d'appui technique en systèmes informatiques est commun à l'ensemble des pays. Ce point a causé partout quelques difficultés et est même toujours en finalisation / amélioration. Il s'agit de la digitalisation de la gestion de la facturation.

### 4.3 Ecosystème

Le travail sur le benchmarking a donné l'occasion de prendre connaissance des éléments de l'écosystème de la protection sociale dans les pays qui ont fait objet d'observations par l'équipe des consultants. Leurs schémas sont présentés en Annexe 4.

Globalement, l'on constate que le personnel salarié du secteur formel a, partout, un système de protection sociale (couverture des risques professionnels, pensions de retraite, rentes d'ascendants en cas de décès). Avant l'introduction des mutuelles et de l'assurance maladie, il n'y avait rien pour les gens vivant de l'économie informelle.

L'introduction des mesures de gratuité (prise en charge des coûts du HIV/sida, des enfants de moins de 5 ans, des accouchements, du paludisme) est en œuvre partout et a joué un effet de levier pour la mise en place de la couverture maladie pour l'ensemble de la population.

Mais ces gratuités peuvent représenter un risque pour les systèmes d'assurance maladie à base contributif.

#### 4.4 Mise en perspective au Cameroun des leçons tirées du benchmarking

Les expériences pays ci-dessus développées révèlent que chaque pays développe sa propre voie, reflet de sa culture et de la dynamique de son système de santé. Cette mise en œuvre diversifiée de la CSU et, partant de l'organe de gestion, a été analysée par Bilal Tairo, Julien Chongwan, Claude Folly Akoussan et Virgile Ahissou<sup>15</sup> et reprise par l'OMS et le Groupe de la Banque mondiale qui ont indiqué que pour accomplir des progrès vers la CSU, quel que soit le pays, il est nécessaire de renforcer le système de santé à travers trois domaines d'actions prioritaires<sup>16</sup> : les prestations de services, le financement et la gouvernance. S'agissant de l'organe de gestion sa portée concerne surtout la gouvernance qui se rapporte aux processus et institutions de prise de décision collective. Or dans le secteur de la santé, cette exigence contemporaine de la gouvernance est lourde de conséquence car elle ne saurait se résumer à la participation communautaire telle que définie dans l'initiative de Bamako. En effet il s'agit désormais de valoriser la voix de la population dans les choix de politiques, les institutions de supervision, la qualité de l'information étayée par la liberté d'information, les normes et code de conduite, les stratégies régulatrices, les forums et processus consultatifs des parties prenantes, les systèmes de gestion financières et les mesures éthiques et de lutte contre la corruption<sup>17</sup>. De ce point, l'organe de gestion occupe une place essentielle dans le renforcement du système de santé pour atteindre la CSU; du fait de sa contribution au développement du dialogue social, à l'équité, à la transparence, à la gestion rationnelle des ressources et à la redevabilité (OMS, Groupe de la Banque mondiale, 2018). En conclusion, les cas pays étudiés montrent que :

**Le développement des régimes spéciaux** (mutuelles de santé, exemption partielle ou totale du coût des soins) a été l'un des facteurs clés de succès des pays qui ont enregistré des progrès vers la CSU. Ce développement des régimes spéciaux a été possible grâce à l'appui des PTF et à la contribution des populations pour la généralisation de ces mécanismes (Exemple du Ghana avec les mutuelles de santé de districts, du Rwanda avec les mutuelles communales, de la Côte d'Ivoire avec la mutuelle des planteurs et des fonctionnaires de l'Etat). Le Cameroun semble être déjà engagé dans cette voie depuis quelques années avec le chèque santé, l'appui aux mutuelles de santé et la poursuite des gratuités à travers la phase1. Il a pris un retard dans ce domaine car les mutuelles n'ont pas bénéficié d'une subvention massive de l'Etat pour couvrir plus de services de santé et le chèque santé a été longtemps financé par l'AFD et la KFW. Les régimes spéciaux permettent de développer une culture de prévoyance sociale favorable à la mise en place d'une

---

<sup>15</sup> La couverture sanitaire universelle sanitaire en Afrique, éditions Afrique-subsaharienne, 6 avril 2018.

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la santé, groupe de la Banque Mondiale, Systèmes de santé pour une couverture santé universelle-Une vision commune pour la santé pour tous, CSU 2030, Partenariat international de la santé, 2018.

cotisation et à la professionnalisation des personnels en charge de la gestion de ces régimes dont la contribution à la mise en place de l'organe de gestion est capitale.

**Les organes de gestion autonomes** sans tutelle technique ont enregistré des résultats tangibles quant à leur stabilité institutionnelle (Exemple du Rwanda et du Ghana). Autrement, des conflits de leadership peuvent parfois entraver les progrès enregistrés dans le déploiement de l'organe de gestion obligeant parfois les décideurs politiques à changer le Ministère de tutelle technique de l'organe de gestion (exemple de la Côte d'Ivoire et du Sénégal). Au Cameroun, la loi CSU n'étant pas encore adoptée, il est clair que ces conflits pourraient être évités puisque dans une sorte d'état de latence au niveau des techniciens des Ministères sectoriels. Après échange avec les différents Ministres de tutelle pressentis, l'équipe de consultants conclut que la survenue de tels conflits se situe dans une perspective lointaine ; car ces responsables ont indiqué qu'il appartenait au gouvernement de faire le choix du scénario de mise en place de l'organe de gestion et de désigner le Ministère de tutelle technique.

**La plupart des pays qui ont fait des progrès ont implémenté le modèle de financement mixte basé sur l'impôt et les cotisations.** Pour ceux qui ont mis en place des cotisations, celles-ci ont été progressivement augmentées au fil des années en commençant par un montant forfaitaire modique les premières années.

**Les pays qui ont priorisé la mise en place d'un logiciel de gestion de gestion de l'affiliation, l'immatriculation et des prestations ont connu moins de difficultés** lors de la mise en place de leurs organes de gestion. A l'inverse ceux qui ont mis en place l'organe avant de commencer le développement de l'application ont connu des fortunes diverses dans le démarrage des prestations. En effet, le développement du logiciel est chronophage et consomme des ressources financières importantes. Par la suite, son utilisation par les prestataires de soins est souvent conflictuelle du fait de la charge de travail. C'est le cas du Burkina Faso qui a créé la Caisse nationale d'assurance universelle avant le développement du logiciel qui reste toujours en cours de développement. Cela s'explique par l'absence d'un manuel de procédures déjà testé, avec des prestations au cours d'une phase pilote ou test. Au Cameroun cet écueil peut être évité du fait de l'adoption du logiciel openMIS par le MINSANTE pour la gestion des prestations de la CSU phase1. Même avec cette avance prise dans la mise en place de l'application, le MINSANTE reste confronté au défi de son utilisation par tous les prestataires.

**Dans tous les pays étudiés, l'organe de gestion est souvent unique et à statut public avec plusieurs régimes.** Au Cameroun, en ce qui concerne l'organe de gestion, la création de plusieurs organes de gestion entraînerait une inflation institutionnelle. Par conséquent, la mise en place d'un seul organe de gestion est préconisée. Il reste à savoir si une institution à statut privé peut être gestionnaire de la CSU ? En effet, lors des travaux préparatoires de la loi CSU, il a été envisagé de consacrer dans la loi la gestion de la CSU par un organisme à statut privé sur autorisation du Président de la République. L'analyse du contexte montre que cette option ne rencontre pas l'assentiment des acteurs rencontrés en dehors du MINSANTE. Les raisons pourraient être liées aux doutes sur la capacité des organismes privés à résister aux chocs exogènes et à couvrir l'ensemble d'un territoire aussi vaste que le Cameroun. Certains observateurs s'inquiètent quant à la légalité de confier la gestion des données personnelles des Camerounais à un tel organisme à travers la CSU. Dans tous les cas, l'intervention d'un organisme privé dans le secteur public ne peut se faire que par délégation de gestion. Cette délégation devrait être prévue dans la loi sur la CSU et votée par la représentation nationale.

**La tutelle technique de l'organe de gestion un débat inopportun selon les résultats du benchmarking ?**

L'analyse de la problématique de la tutelle technique montre des résultats mitigés. Dans un premier temps, la situation des pays comme le Ghana et le Rwanda est différente des autres

pays. Dans ces pays, ni le Ministère de la santé ni celui en charge de la sécurité sociale n'assurent la tutelle technique de l'organe de gestion. Au Ghana l'organe est une institution autonome non rattachée à aucun ministère de tutelle ; tandis qu'au Rwanda c'est le Ministère des finances qui assure les deux tutelles technique et financière. Certains pays ont initialement mis l'organe de gestion sous tutelle technique d'un autre Ministère avant de la ramener sous le Ministère en charge de la sécurité sociale. Quant au Ministère de la santé seul un pays l'a désigné comme Ministère de tutelle technique (la Côte d'Ivoire) avant de la lui retirer. Afin de prévenir un conflit d'intérêt, la pratique dominante consiste à séparer la fonction achat de soins assurée par l'organe de gestion de celle de producteur de soins ; assurée par le Ministère de la santé publique.

En ce qui concerne le Cameroun, l'analyse du cadre juridique montre que c'est le MINTSS qui assure la tutelle des organismes publics ou parapublics de prévoyance sociale (confère article 1<sup>er</sup> alinéa 4 du décret 2012-558 portant organisation et fonctionnement du gouvernement de la République du Cameroun).

Toutefois, l'analyse du contexte du Cameroun basée sur l'état d'avancement des politiques sectorielles et des lois pouvant sous-tendre la CSU, montre que des GAP existent au niveau du Ministère régalien en charge de la sécurité sociale ; en particulier l'absence d'une politique nationale de protection sociale et d'un code de la sécurité sociale. Dans le même temps, le Ministère de la santé a engagé des initiatives fortes pour l'élaboration des référentiels pour la mise en œuvre de la CSU et son leadership a été consacré par le gouvernement à travers la présidence du Groupe technique CSU. Mais ce leadership du MINSANTE ne constitue qu'un aspect du problème, l'autre partie est celle des résistances plus au moins fondées sur le contenu de la loi cadre sur la santé dont l'article 3 précise que la politique nationale de santé vise entre autres, à contribuer à la mise en place d'un système de solidarité nationale pour la santé. Ainsi, bien que constituant des systèmes de protection sociale, la tutelle technique des mécanismes de gratuités (Paludisme, HIV VIH) et des programmes d'exemption partielle des populations au paiement des soins (Chèque santé) n'a posé aucun problème. Cela du fait que ces mécanismes ont précédé la CSU et la mise en place de l'organe de gestion de la CSU. Ces mécanismes ne constituent pas de véritables tiers-payant car les fonds sont souvent centralisés au trésor. Lorsque cela n'est pas le cas, le MINSANTE lui-même cumule les fonctions d'acheteur et de prestataires. Cette distorsion aux principes de la séparation des fonctions est à l'origine de la durabilité de ces programmes, les prestataires de soins sous tutelle technique du MINSANTE étant obligés de poursuivre les prestations même lorsqu'ils ne sont pas payés.

D'où il suit qu'il conviendrait de préciser la tutelle technique de l'organe de gestion de la CSU dans le décret portant création de l'organe ; afin de dissiper toute confusion, en désignant formellement le Ministère de tutelle technique de l'organe de gestion. Mais tant qu'il s'agirait d'une CSU fondée sur les gratuités ou la solidarité c'est à dire sans cotisation, (ce qui n'est pas pérenne) le MINSANTE pourrait être fondé à demander la tutelle technique en vertu de la loi cadre sur la santé de 1996. Par exemple, au Burkina Faso, le Ministère de la santé qui gérait la gratuité de soins des femmes enceintes et des enfants couvrant près du tiers de la population a été invité à transférer la gratuité à la Caisse nationale d'assurance maladie après sa création sous tutelle technique du Ministère en charge de la sécurité sociale.

Cette analyse est faite sur la base du droit positif Camerounais et des attributions des membres du gouvernement qui confèrent au MINTSS, la responsabilité du secteur de la prévoyance sociale. Le droit étant écrit, les consultants n'ont pas pu accéder à d'autres sources de textes réglementaires et législatifs qui donnent au MINSANTE la tutelle technique d'une assurance maladie obligatoire qui est le socle du modèle de financement de la CSU du Cameroun. Il s'ensuit que seul le gouvernement peut prendre une décision pour déroger au droit positif actuel et transférer la tutelle technique de l'organe de gestion de l'assurance maladie obligatoire à un autre département ministériel autre que le département en charge de la prévoyance sociale santé.

## 5. PRESENTATION DES DIFFERENTS SCENARIOS

### 5.1 Scénario 1 : Création d'un établissement public national de prévoyance sociale

Ce scénario propose la création d'un nouvel établissement public de prévoyance sociale doté de la personnalité juridique, de l'autonomie financière et de prérogatives spéciales. Ces prérogatives sont entre autres le placement des fonds, la possibilité de faire des opérations boursières, les attributs de la puissance publique dans le recouvrement des cotisations et la gestion suivant des règles prudentielles ; en particulier la constitution de réserves.

La création de l'organe de gestion nécessite l'adoption de loi sur la CSU qui constitue un préalable, par le fait que la loi permettra de définir le rôle des acteurs et les sources de financement de l'organisme de gestion. Aussi, le cadre institutionnel de la gestion du tiers-payant repose-t-il sur la séparation des fonctions de prestataire de soins, du tiers vendeur et du tiers acheteur de services de santé et du régulateur.

#### 5.1.1 Schéma institutionnel cible

Dans ce scénario, les principales responsabilités pouvant être assumées par les institutions intervenant de mise en œuvre de la CSU sont :

- Tutelle technique

Ministère de la santé, Ministère du travail et de la sécurité sociale. Pour la tutelle financière le Ministère des finances.

Il appartiendra au gouvernement de choisir le Ministère de tutelle technique.

- Régulation.

Elle pourrait être assurée par l'organe de gestion de la CSU en attendant la mise en place d'une autorité de régulation de la CSU plus tard.

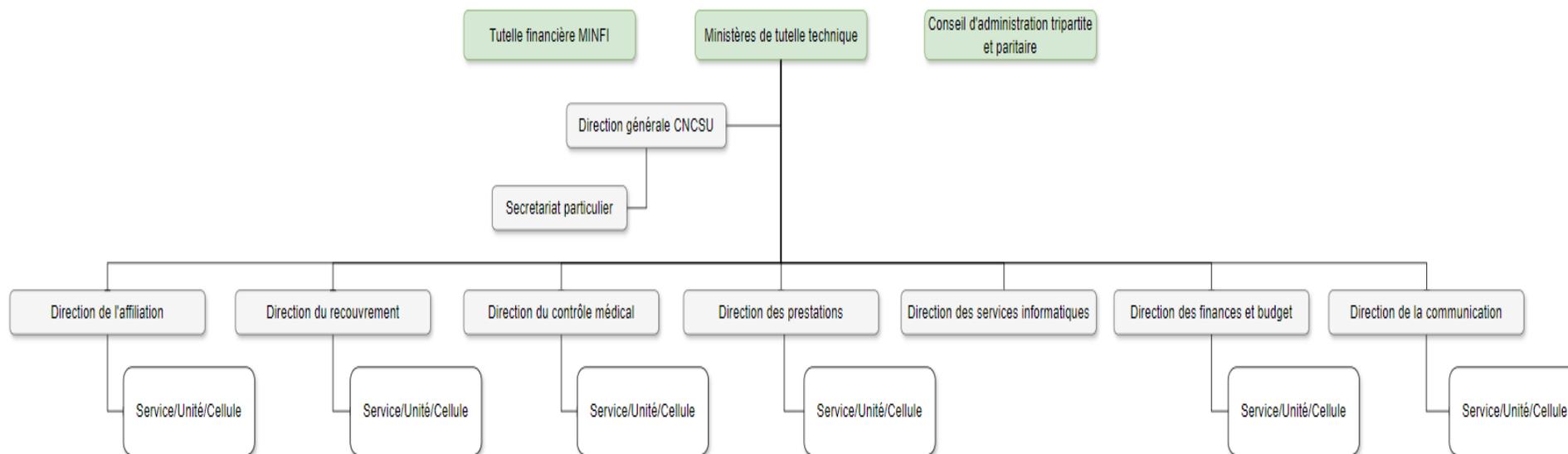
- Gestion des services.

L'organisme de gestion va assurer les fonctions de mobilisation et mise en commun des ressources ainsi que l'achat des services de santé. Pour ce faire, il sera chargé sur le plan technique de l'affiliation, l'immatriculation, de signer les conventions avec les prestataires de services de santé, du contrôle des droits d'accès aux prestations, de paiement des prestations. Par ailleurs, l'organisme pourrait contribuer à la mise en œuvre des actions de promotion, de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des populations, en relation avec les administrations publiques concernées.

Il veillera à la disponibilité des produits pharmaceutiques essentiels ; surtout dans les formations sanitaires publiques et privées. Pour assurer un accès universel des patients aux médicaments, la prescription des produits essentiels génériques pourrait être promue et la contractualisation avec l'officine pharmaceutique permettra d'assurer la disponibilité constante des médicaments au profit des personnes couvertes.

L'organigramme prévisionnel de l'organisme est présenté dans la Figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Projet d'organigramme de la Caisse Nationale Couverture Santé Universelle



Source : Elaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude

L'analyse des travaux préparatoires du projet de loi de la CSU et de ses décrets d'application, les fonctions et missions de l'organisme de gestion ne prenaient pas en compte le contrôle médical. En effet les rapports mentionnaient que :

Le contrôle administratif des prestations ainsi que le contrôle médical en matière de soins et d'application de la tarification des actes dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU relèvent exclusivement du ministère en charge de la santé.

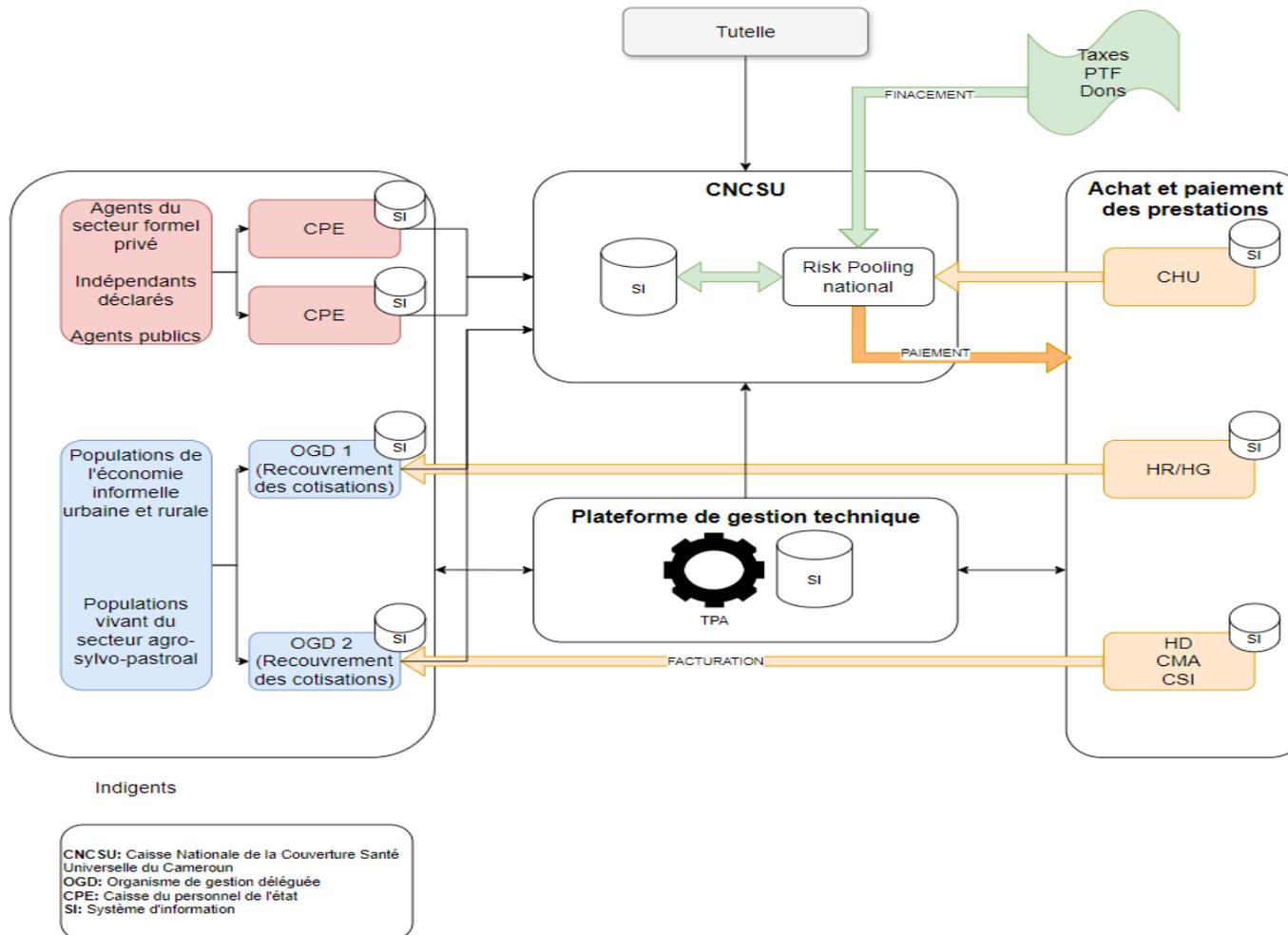
Cette option faisait du Ministère de la Santé Publique, prestataire et contrôleur de ses propres prestations ; ce qui créait un conflit d'intérêt potentiel « posture de juge et partie ». Pour pallier cette insuffisance, le présent scénario a inscrit la tâche technique de contrôle médical des prestations à acheter dans les missions de l'organisme de gestion.

Pour assurer sa représentation au niveau régional, des délégations régionales sont proposées et peuvent être créées progressivement au fur et à mesure de la montée en puissance du système.

Le schéma organisationnel prévoit la possibilité pour les partenaires techniques et financiers de poursuivre leur coopération avec la caisse nationale de couverture sanitaire universelle. Enfin, en tant qu'établissement public autonome, la CN CSU pourrait déléguer une partie de ses tâches techniques à des organismes de gestion déléguée ; comme c'est le cas actuellement avec les fonds régionaux pour la promotion de la santé qui assure le recouvrement des recettes, le contrôle à priori des prestations, la sensibilisation et la mobilisation sociale et le paiement des prestations.

L'éco système l'organisme de gestion proposé dans le scénario 1 est décrit dans la Figure 4 qui suit.

Figure 4 : Ecosystème de l'organisme de gestion dans le scenario 1



Source : Elaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude et de l'état des lieux de la CSU, avril 2024

Selon ce schéma, la CNCSU devrait collaborer avec la Caisse nationale de prévoyance sociale et la caisse du personnel de l'Etat en cours de création pour le recouvrement des cotisations des agents du secteur privé et public. Cette collaboration doit être faite sur la base d'une convention conclue entre les structures concernées et la CNCSU. Les FRPS pourraient être contractualisés pour assurer le recouvrement des cotisations au niveau régional et bien d'autres missions comme le paiement des prestations.

Une des fonctions clé du modèle est le système d'information. Bien qu'une délégation ne soit pas proposée, le scénario laisse la possibilité pour l'organisme de gestion de recourir à une assistance technique pour la gestion informatisée de la facturation et du système d'information. Cela est souhaitable à court terme vu le caractère déterminant de la digitalisation des processus pour l'efficacité et la transparence dans la gestion des prestations. Lors de la mission, il a été noté que le Cameroun s'est résolument engagé dans le développement du logiciel OpenMIS pour la gestion des prestations de la CSU phase1 avec une interopérabilité de toutes les autres plateformes existantes comme leDHIS2. Les acquis de ces expérimentations doivent être maintenus dans ce scénario ; grâce à la poursuite d'une assistance technique jusqu'à ce que la CNCSU prenne la main de manière autonome.

Pour le paiement des prestations, le scénario prévoit un paiement des formations sanitaires du niveau tertiaire (niveau 3) par la Caisse elle-même pour une durée de trois ans. Quant aux autres formations sanitaires de niveau 1 et 2, le scénario recommande une délégation de gestion aux FRPS ou toute autre structure de gestion déléguée contractualisée.

Pour étendre ses prestations aux agents des secteurs public et privé, le modèle prévoit une contractualisation avec les établissements de prévoyance sociale : toute chose qui permettrait de développer des synergies d'actions sources d'efficacité dans le domaine de l'affiliation, l'immatriculation et le recouvrement des cotisations.

## 5.1.2 Etude économique et financière de l'option

### Estimation des revenus et des coûts

Les estimations sont basées sur une population cible de 14 Millions en 2025 et 23 Millions en 2030 ; tandis que le PIB est de 32 375 milliards de francs CFA<sup>18</sup>.

Les projections financières du rapport sont faites en FCFA.

Le taux de conversion, à parité fixe, est d'un euro contre 655,957 FCFA ; alors que pour 1 euro l'on a 1,08 dollar américain.

Il convient de relever que l'étude économique et financière de la mise en place de l'organe de gestion ne peut se faire en dehors de l'étude économique de la CSU ; en particulier du calcul de la prime à payer, du panier de soins et de la population à couvrir.

Pour ce faire, il est important de se référer, dans le cadre de l'analyse économique de la création d'un nouvel organe de gestion de la CSU, aux éléments de cadrage macroéconomique suivants définis dans la stratégie de développement de la CSU au Cameroun : 1/ Couvrir 35%<sup>19</sup> de la population au cours de la CSU phase 1 allant de 2021 à 2025 et 70% au cours de la CSU phase 2 couvrant la période allant de 2026-2030 ; 2/réduire les paiement directs à 50% d'ici 2025 et

<sup>18</sup> BPI France ; Direction Evaluation, Etudes et Perspectives, Fiche Pays OCDE mai 2022

<sup>19</sup> L'année de base est 2015 avec 6,46% de la population couverte (EDS et ECAM)

35% d'ici 2030 base (2015 avec 70% ; Enquêtes ECAM, CNS). La dépense courante de santé par niveau de la pyramide sanitaire doit être prise en compte afin de projeter le niveau de la cotisation correspondant. Dans ce cadre, les données des CNS 2019 montrent que la dépenses courante santé s'établissent à 34 859,21 par habitant avec 72% à la charge des ménages (. Selon la stratégie nationale de développement de la CSU au Cameroun avec la mise en place de la CSU et donc de l'organe de gestion les consultations devraient passer de à 0.4 contact par an et habitant en 2019 à 0,5 en 2025 et 0.7 en 2030.

Afin d'estimer le coût prévisionnel du coût de l'organe de gestion, la prime et calculée dans le but de mettre en exergue le coût de gestion du système par l'organe de gestion. Le coût unitaire de gestion ainsi obtenu sera pondéré par le nombre des habitants couverts afin d'avoir le budget plafond de l'organisme de gestion qui ne peut excéder 10% de la prime pure.

Les données rentrant dans l'estimation de la prime sont : le coût moyen d'une hospitalisation à 17 781 FCFA, le coût moyen des médicaments à 67 382 FCFA dont 53% en hospitalisation ; le coût moyen de la consultation à 21 812 FCFA.<sup>20</sup>

Les prestations de soins de santé prises en charge par l'organe de gestion comprennent : les soins externes ; les hospitalisations ; les produits pharmaceutiques et appareillages. Ces prestations sont incluses dans un ensemble dénommé « Panier de Soins ». Une étude actuarielle est en cours au MINSANTE afin de mieux définir ce panier de soins. Pour les besoins de projections de la présente, étude nous avons tenu compte d'un panier de base qui pourrait être étendu progressivement à toute la population. Ce panier intègre toutes les prestations de la CSU phase 1 et d'autres prestations pour les 6 prochaines années déclinées ci-après :

- les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales ;
- les actes infirmiers ;
- les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites ;
- les actes et les soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales ;
- les analyses de biologie médicale ;
- les actes de radiologie et d'imagerie médicale ;
- les explorations fonctionnelles ;
- les médicaments, produits pharmaceutiques et consommables administrés pendant les soins et admis à prise en charge directe ;
- les produits sanguins labiles ;
- les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie ;
- le transfert des cas urgents ou compliqués vers la structure nationale de référence adéquate ;
- les vaccins de l'enfance.

Certaines prestations sont prévues mais soumises à autorisations préalables des médecins conseils de l'organe de gestion. Il s'agit en particulier : des dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents actes médicaux et chirurgicaux compte tenu de la nature de la maladie ou de l'accident ; l'appareillage correctif ou substitutif ; la lunetterie médicale ; les soins bucco-dentaires non urgents ; la réalisation d'actes paramédicaux particuliers (orthophonie, psychomotricité) ; les visites médicales à domicile.

---

<sup>20</sup> Ministère de la santé publique, étude consommation médicale au Camer2023

Par contre et en attendant l'adoption du panier de soins par le gouvernement de façon consensuelle avec l'ensemble des acteurs, certains soins ont été exclus dans les projections. Il s'agit des vaccins des voyageurs ; les interventions de chirurgie plastique et esthétique, à l'exception des actes de chirurgie réparatrice et d'orthopédie maxillo-faciale médicalement requis ; les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce.

En attendant l'adoption du panier de soins, ce panier de soins tient compte des projections de la stratégie de développement de la CSU et prévoit un co paiement de 20% des patients. Un coefficient de 10% a été appliqué pour tenir compte de tout ajustement ultérieur nécessaire au niveau du panier de soins.

Partant des données du plan stratégique national et tenant compte du contenu actuel du panier de soins qui est faible ainsi que du décalage de la période de déploiement de la CSU, les fréquences ont été maintenues 76% pour les consultations (avec une augmentation de 70%, passant de 40% avant assurance à 76% après assurance) et à 10,20% pour ce qui est hospitalisations (avec une augmentation de 70%, passant de 6% avant assurance à 10,20% après assurance)

Un taux de 10% a été appliqué à la prime pure pour les frais de gestion et 5% pour les réserves. L'estimation de la prime de la CSU avec le panier de soins actuel est présenté dans le tableau 6.

Il reste que ce panier est limité du fait que l'index de CSU du Cameroun pour les services essentiels est de 44% en 2021 (Tracking universel health coverage 2023 global monitoring Report). Selon les données de ce tableau, la prime estimée pour la CSU avec le panier de soins actuel est de 23 050 FCFA par an et par personne soit 1921 FCFA par mois et personne. Ainsi, le coût de la CSU pour l'année 2025 serait de 339,32 Milliards de CFA pour une cible de 50% de couverture de la population et évolue pour atteindre 537,73 Milliards FCFA en 2030 pour une cible de 70% de couverture de la population. Cette estimation est proche de celle faite par la stratégie sectorielle qui a estimé à 485 Mds<sup>21</sup> FCFA

Quant aux frais de gestion devant servir à financer le fonctionnement de l'organe de gestion de la CSU, le coût unitaire est estimé selon les normes de la Conférence interafricaine de la prévoyance sociale dont le Cameroun est membre.

Aussi lors de la mission au Cameroun les autorités ont clairement recommandé aux consultants de ne pas prévoir un organisme de gestion qui serait financé par la subvention de l'Etat. De ce fait, l'équipe a privilégié le financement de l'organe de gestion par une partie de la cotisation.

La partie réservée à la gestion est calculée à partir de la part de la cotisation réservée au paiement des prestations d'assurance maladie avant chargement appelée « prime pure ».

La prime pure est obtenue en multipliant le coût moyen des soins par la fréquence des cas (nombre prévisionnel de recours aux soins par personne).

Pour calculer le montant des frais de gestion, on calcule 10% de la prime pure, selon les normes de gestion de la CIPRES.

Comme le montant total de la prime pure a été calculé à 20 040 FCFA par personne couverte par la CSU et par an, le montant des frais de gestion revient à 2004 francs CFA (20 040 X 10%) par personne et par an, hors réserves

---

<sup>21</sup> Rapport OCDE, page 36

Autrement dit, pour que l'organe de gestion fonctionne il est nécessaire de financer son déploiement à hauteur de 2004 FCFA par personne et par an. Son budget annuel de fonctionnement serait donc planifié au nombre d'assurés de l'année multiplié par 2004 FCFA. Il reste que les coûts d'exploitation de l'organe de gestion pourront être réduits et s'établir à moins 2004 FCFA par personne et par an.

Les stratégies de réduction des coûts sont entre autres la rationalisation des dépenses de fonctionnement, l'application de la subsidiarité par la délégation de gestion de certaines fonctions à des organismes tiers, l'audit contrôle de la gestion des ressources alloués, la mise en place d'une comptabilité analytique et la gestion basée sur les résultats, Les excédents d'exploitation réalisés serviront à alimenter les réserves afin d'accroître les capacités de placement financiers de l'organe de gestion. Le mode de calcul détaillé est présenté dans le Tableau 5 ci-dessous.

Pour réaliser cette estimation, les projections de couverture ci-après ont été faites de 2025 à 2030.

Le retard accusé dans la mise en œuvre de la CSU exige que le gouvernement révise ce plan avec les cibles à atteindre par an.

Tableau 5 : Evolution du niveau de couverture de la population par la CSU

Années	Cibles de couverture par an	Effectifs
An 1	50%	14 721 183
An2	55%	16 599 730
An 3	60%	18 563 328
An 4	65%	20 615 039
An 5	70%	22 758 051
An 6	70%	23 329 278

Source : *Elaboré à partir des données de la stratégie de développement de la CSU, 2020.*

Tableau 6 : Présentation du modèle de calcul de la prime pour la CSU

	CALCUL DU COÛT MOYEN												ADMIN								
Garanties	Fquce d'aujourd'hui	Augmentation attendue de la fréquence	Fréquence attendue	Part Etat	Coûts des services supportés par les ménages	côût des services supporté par l'AM	Coût 2 (méd)	coût total supporté par les ménages/AM	Coefficient d'ajustement	Coût moyen	Co-paiement	coût moyen des services payé par l'AM	Prime pure	Gestion	Réserve	Total admin	Total prime				
	B	C	D=Bx(1+C)	Coût 1 (services)	G=Ex(1-F)			J=G+I ou H+I		L=Jx(1+K)											
Niveau opérationnel et intermédiaire	40%	76%	70%	21812	30%	15 268	15 268	10 107	25 375	10%		27 913	20%	5 583	22 330	15 721	10%	5%	2 358	18 079	
Niveau central hospitalisation	6,00%	70%	10,20%	17781	30,00%	12 447	12 447	35 712	48 159	10%		52 975	20%	10 595	42 380	4 323	10%	5%	648	4 971	
																			3 006	23 050	
																				Mensuel	1 921
														20 043	2004						

Hypothèses à faire varier pour proposer des alternatives de panier de soins / coût.

Source : Elaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude, avril 2024

Selon la stratégie de développement de la CSU, 70% de la population devrait être couverte d'ici à 2030 avec un panier de soins essentiel.

L'analyse financière se fonde sur les projections de coûts administratifs pouvant être articulées avec ces données de couverture. Ainsi, le budget plafond de l'organe de gestion est présenté dans le tableau suivant de 2025 à 2030 (Tableau 7).

Ainsi, en 2025 le coût prévisionnel du l'organe de gestion est de 29,5 Milliards contre 41.3 Milliards en 2028 et évolue pour atteindre 46,7 Milliards FCFA en 2030 soit un coût global de 233 638 655 124 FCFA sur la période 2025-2030 correspondant à un coût moyen annuel de 38,9 Milliards de FCFA.

Tableau 7 . Evolution du budget de l'organe de gestion de la CSU par an de 2025 à 2030 en FCFA

ANN EES	Cibles de couverture	Effectifs	Coût unitaire des frais de gestion en FCFA	Budget plafond de l'organe de gestion en FCFA
2025	50%	14 721 183	2004	29 501 250 732
2026	55%	16 599 730	2004	33 265 858 920
2027	60%	18 563 328	2004	37 200 909 312
2028	65%	20 615 039	2004	41 312 538 156
2029	70%	22 758 051	2004	45 607 134 204
2030	70%	23 329 278	2004	46 751 873 112

Source : *Elaboré à partir des données de la stratégie de développement de la CSU*

Tenant compte des recommandations du MINSANTE et du MINFI, stipulant que les consultants ne proposent pas un organisme de gestion dont le financement serait assuré par la subvention de l'Etat en grande partie, le financement des coûts de déploiement de l'organe de gestion sera assuré par les ressources estimées dans la modélisation faite dans le tableau 7 ci-dessus. Ce coût comporte aussi bien les frais de fonctionnement, le coût du système d'information, les dépenses d'investissement, le coût des actions de prévention de la maladie, la communication et la mobilisation sociale, la formation et le recyclage des acteurs et enfin l'assistance technique. La répartition des coûts prévisionnels est faite en fonction des normes et des standards en matière de gestion hors budget de prestations.

Le cadrage est proposé comme suit :

- Les dépenses de fonctionnement sont estimées à 35% du coût de déploiement. Ils comprennent les salaires, les dépenses courantes de fonctionnement, les charges locatives, le coût de la délégation de gestion aux FRPS et autres acteurs. Le coût de cette délégation de gestion tient compte des coûts actuels observés dans la phase 1 de la CSU et est estimé à 500 Millions de FCFA en moyenne par région et par an soit 5 milliards par an pour les 10 régions du Cameroun.
- Les dépenses d'investissement sont estimées à 35% du coût prévisionnel de déploiement. Le régime étant à ses débuts, il est nécessaire de réaliser d'importants investissements. Ce coût couvre la construction et l'équipement des infrastructures pour héberger les bureaux de la caisse nationale CSU, soit un siège à Yaoundé et 10 délégations régionales pour couvrir le territoire national. De même, il prend en compte le matériel roulant composé d'une dotation d'au moins 10 véhicules au siège et 5 véhicules par région et une

moto par district sanitaire pour les missions terrain par le gestionnaire de district pour le compte de l'Organe de gestion.

- Les frais d'implantation et de gestion du système d'information sont estimés à 15%<sup>22</sup> du coût prévisionnel. Ce coût comporte le système d'impartition, le dispositif de facturation avec les logiciels et autres plateformes interopérables à mettre en place, le contrôle médical, l'équipement informatique nécessaire et leur maintenance, le dispositif de suivi et d'évaluation comportant la production, la dissémination des données pour la prise de décisions et la recherche opérationnelle. En effet, un accent sera mis sur la recherche opérationnelle afin de produire des évidences scientifiques sur les effets et l'impact des interventions de la CSU avec dès le départ la constitution de zones de dénombrement. Pour ce faire, un coût moyen de 50 Millions FCFA par région soit 500 Millions par an pour les 10 Régions est proposé pour faire des investigations sur les effets des interventions de la CSU afin d'orienter la prise de décision basée sur l'évidence.
- Le coût de la formation et le recyclage des acteurs est fixé à 5%<sup>23</sup>. Ce coût couvre les frais de formation des agents de la Caisse nationale CSU, les acteurs du système de santé intervenant dans la mise en œuvre du système aussi bien au niveau de régional que communautaire. De même, afin de contribuer à améliorer la qualité des prestations et réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile un appui significatif sera apporté à la formation et au recyclage des prestataires en soins obstétricaux et néonataux essentiels.
- Le budget des actions de prévention et de promotion de la santé est fixé à 5%. Dans le principe, l'organe de gestion peut apporter un appui à la prévention sanitaire pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé des assurés et réduire les cas de maladie et de mortalité. Ainsi, ce coût couvrira les actions de dépistage, de sensibilisation, l'acquisition d'équipements d'appui au diagnostic au profit des formations sanitaires, etc...
- Les frais de communication et mobilisation sociale sont fixés à 2%. La CSU étant à son démarrage, il sera nécessaire d'intensifier et de poursuivre une communication et sensibilisation des populations. Au niveau urbain et surtout communautaire, la mobilisation sociale de tous les leaders d'opinions communautaires et religieux doit être financée.
- Le coût de l'assistance technique est fixé à 3% du fait de la nécessité d'accompagner les acteurs de la CSU dans la maîtrise des fonctions du tiers payant qui requiert le développement d'une expertise locale dans la gestion et le suivi efficaces du dispositif. Il reste que ce volet pourrait bénéficier de l'appui technique des partenaires technique et financiers.

### Identification des sources de revenus

Les scénarios de réformes pour le financement de la CSU ont été analysés dans le rapport de l'OCDE consacré à l'étude de l'espace fiscal pour la santé, réalisée en 2023. Dans la perspective des constats et propositions faites dans cette étude, le financement de la CSU et partant de la mise en place de l'organe de gestion pourrait se faire sur la période 2025-2030 comme suit. Pour l'année 2025, d'abord les taxes sur les produits nocifs à la santé (pouvant rapporter 0.4% du PIB) ; en particulier le tabac et les boissons sucrées. Ensuite, par la mobilisation d'autres taxes du gouvernement général en particulier la taxe foncière pouvant rapporter 0.1% du PIB. Ainsi en 2025 le besoin de financement de la CSU pourrait être couvert par ces deux approches de levée de fonds additionnels soit 0.5% du PIB.

<sup>22</sup> L'USAID et la plupart des institutions recommande un taux de 15% et estiment que le suivi et évaluation est une intervention.

<sup>23</sup> Ce coût est fixé volontairement plus élevé du fait que le régime sera à son début mais après 2030 il pourra être révisé à la baisse à 1%.

## Stratégies de levée et de mobilisation des fonds

Le financement de la phase 1 pourrait être assuré de façon plus audacieuse par une réaffectation des redevances et autres recettes générales. Il s'agit des redevances, des taxes sur produits nocifs pour la santé, de la taxe foncière et l'IRPP. L'impact de ces mesures rapporterait près de 1.6% du PIB, ce qui couvre les besoins de financement de la phase 1 estimé à 0.5% du PIB. L'analyse montre qu'à long terme les besoins de financement de la CSU estimés à 6% du PIB pourraient couverts par la combinaison de toutes ces mesures précédentes en y ajoutant les cotisations, les dépenses fiscales de la TVA et de l'IS<sup>24</sup>. A ces sources de financement il faut ajouter les ménages qui vont assurer un co paiement des prestations de la CSU à au moins 20%.

## Eléments d'impacts financiers

L'impact de ces mesures rapporterait près de 1.6% du PIB, ce qui couvre les besoins de financement de la phase 1 estimé à 0.5% du PIB. L'analyse montre qu'à long terme les besoins de financement de la CSU estimés à 6% du PIB pourraient couverts par la combinaison de toutes ces mesures précédentes en y ajoutant les cotisations, les dépenses fiscales de la TVA et de l'IS<sup>25</sup>. A ces sources de financement il faut ajouter les ménages qui vont assurer un co paiement des prestations de la CSU à au moins 20%.

Comme l'hypothèse part d'un montant fixe des frais de gestion, le seul élément d'impact c'est l'ampleur du nombre de personnes couvertes qui influe sur le budget total.

Par ailleurs, à l'instar du montant des frais de gestion, le montant de la cotisation restant à peu près constant (bien sûr en tenant compte de l'inflation, de la marge de correction d'éventuelles erreurs), il va sans dire que plus le nombre de personnes couverts contribuera à l'augmentation des ressources de l'organe de gestion, augmentant d'autant sa solvabilité. Cette hypothèse est faite en tenant compte du fait que le système est en début de déploiement et nécessite des investissements structurants en équipements, infrastructures et en communication. Par la suite les coûts unitaires d'encadrement pourront baisser sur la base des économies d'échelle.

Le Tableau 8 ci-après récapitule les clés de répartition proposées et le Tableau 9 qui suit présente l'évolution du coût prévisionnel de la mise en place de l'organe de gestion par an et par poste.

Il convient de noter que la planification est glissante. L'année 2025 étant déjà proche, elle pourrait être considérée comme l'an 1 et 2030 l'an 6 de la planification ; les prévisions pouvant être reprogrammées à partir de l'année de démarrage du système. Les prévisions peuvent ajustées par le gouvernement en fonction des réalités. Ces clés de répartition sont définies et appliqués à toutes les trois options de l'étude.

Les excédents d'exploitation réalisés d'une année à l'autre pourront être affectés aux réserves pouvant faire l'objet de placement financiers. Ceux-ci généreront des produits financiers pour l'organe de gestion d'une part et d'autre part des ressources financières additionnelles pour l'économie du Cameroun.

---

<sup>24</sup> Rapport de l'OCDE, p26 et suivant

<sup>25</sup> Rapport de l'OCDE p. 26 et suivantes

Tableau 8 : Clé de répartition du coût prévisionnel par an et par poste 2025-2030

DESIGNATION	POURCENTAGE
Investissement	35%
Fonctionnement	35%
système d'information	15%
Appui à la préevntion de la santé	5%
Assistance technqie	3%
formation et recyclage des acteurs	5%
Communication et la mobilisation sociale	2%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Source : Estimation faite à partir des données de l'étude, Avril 2024

Tableau 9 : Evolution du coût prévisionnel pour la mise en place de l'organe de gestion par an 2025-2030

Année	Investissement en infrastructure et équipement 35%	Fonctionnement Et charge de La gestion déléguée 35%	Système d'information et de gestion 15%	Formation et recyclage des acteurs 5%	Communication et mobilisation sociale 2%	Assistance technique 3%	Appui à la prévention et promotion de la santé 5%	Budget plafond de l'organe de gestion en FCFA
2025	10 325 437 756	10 325 437 756	4 425 187 610	1 475 062 537	590 025 015	885 037 522	1 475 062 537	29 501 250 732
2026	11 643 050 622	11 643 050 622	4 989 878 838	1 663 292 946	665 317 178	997 975 768	1 663 292 946	33 265 858 920
2027	13 020 318 259	13 020 318 259	5 580 136 397	1 860 045 466	744 018 186	1 116 027 279	1 860 045 466	37 200 909 312
2028	14 459 388 355	14 459 388 355	6 196 880 723	2 065 626 908	826 250 763	1 239 376 145	2 065 626 908	41 312 538 156
2029	15 962 496 971	15 962 496 971	6 841 070 131	2 280 356 710	912 142 684	1 368 214 026	2 280 356 710	45 607 134 204
2030	16 363 155 589	16 363 155 589	7 012 780 967	2 337 593 656	935 037 462	1 402 556 193	2 337 593 656	46 751 873 112
<b>Total</b>	<b>81 773 847 553</b>	<b>81 773 847 553</b>	<b>35 045 934 665</b>	<b>11 681 978 222</b>	<b>4 672 791 289</b>	<b>7 009 186 933</b>	<b>11 681 978 222</b>	<b>233 639 564 436</b>

Source : Projections faites à partir des données de l'étude avril 2024

### 5.1.3 Impacts institutionnels et organisationnels du scénario

#### Impacts en termes de ressources humaines

La mise en place de l'organe de gestion nécessitera le recrutement de ressources humaines qualifiées dans divers domaines : Comptables, financiers, fiscalistes, informaticiens, économistes, experts en communication, médecins ; etc... Le salaire moyen des cadres est estimé à 800 000 FCFA contre 600 000 FCFA pour les cadres intermédiaires et 300 000 FCFA pour les personnels d'appui et de niveau technicien.

Tableau 10 : Liste du personnel prévisionnel par direction et par année de l'organe de gestion 2025-2030

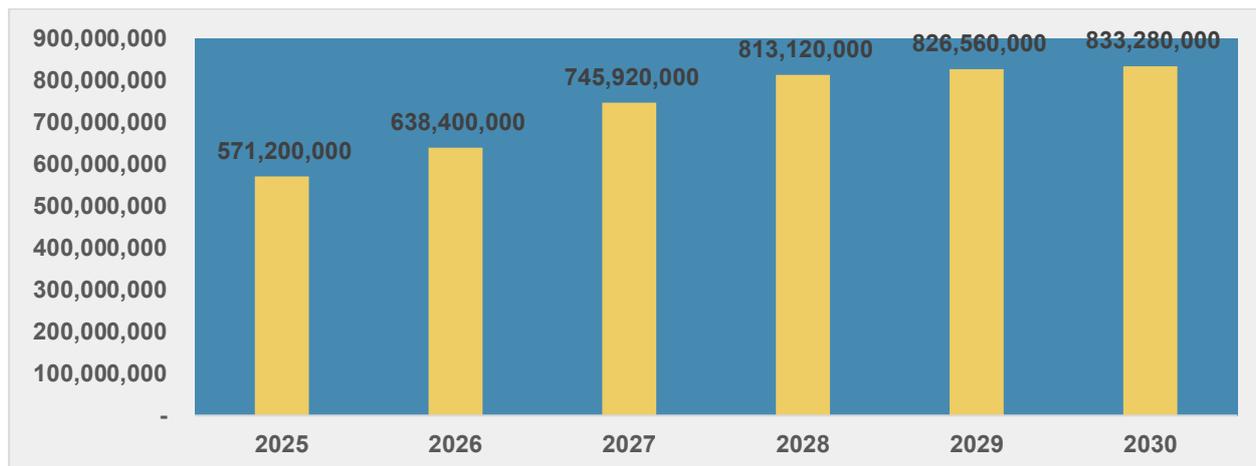
Fonctions	Salaire mensuel moyen	2025	2026	2027	2028	2029	2030
DG	560 000	1	1	1	1	1	1
DGA		1	1	1	1	1	1
Direction de la communication		3	4	4	4	1	1
Direction des prestations		15	15	18	20	22	32
Direction des services informatique		05	08	08	10	10	12
Direction des finances et du budget		9	12	12	15	15	16
Direction du contrôle médical		12	15	20	22	24	24
Direction des affiliations		10	10	13	13	14	14
Direction du recouvrement		14	14	14	15	15	15
<b>Total hors personnel de soutien</b>			<b>70</b>	<b>80</b>	<b>91</b>	<b>101</b>	<b>103</b>
Personnel de soutien (administration, logistique)		15	15	20	20	20	20
<b>Total des agents de l'organe de gestion</b>		<b>85</b>	<b>95</b>	<b>111</b>	<b>121</b>	<b>123</b>	<b>124</b>

Source : Elaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude, avril 2024

Il ressort de l'analyse des données que l'organe va créer des emplois en recrutant 85 agents en 2025 et évoluer pour atteindre 124 personnes en 2030. Le coût total des dépenses de personnel passera de 571,2 millions en 2025 à 833 280 000 FCFA en 2030. En plus de ces emplois directs créés, il faut ajouter 18 agents par région soit 180 agents pour les 10 régions du Cameroun pour la gestion déléguée par les FRPS. Cette norme de 18 agents étant la norme en personnel édictée en 2024 par le MINSANTE pour la gestion déléguée des fonds de la CSU par les FRPS.

La Figure 5 suivante présente par an l'évolution de la masse salariale des agents de l'organe de gestion. Le montant cumulé des salaires est estimé à 11 866 060 000 FCFA.

Figure 5 : Evolution de la masse salariale de l'organe de gestion 2025-2030 en FCFA



Source : Projections faites à partir des données de l'étude, avril 2024

### Impacts en termes d'organisation

En termes d'organisation, ce scénario permettra de créer un nouvel acteur dans le domaine du financement de la santé. Cet organe dénommé la Caisse d'assurance maladie universelle déléguera juste une partie des fonctions au niveau régional aux FRPS. Au niveau du principe, il concentrera presque tous les pouvoirs à son niveau pour exercer la plénitude de son cœur de métier. Il pourra avoir des délégations régionales mêmes si celles-ci vont être mises en place progressivement selon les besoins et dimensionner suivant les réalités. Par exemple, une délégation régionale pour couvrir, une, deux ou trois régions. Par la suite, lorsque l'organisme fonctionnera à plein régime on pourrait avoir une région une délégation régionale de la Caisse nationale CSU.

### Impacts en termes de gouvernance

En ce qui concerne la gouvernance, à la faveur de la mise en place de l'organe, la multisectorialité de la CSU sera valorisée. Les facteurs clés de cette valorisation seront principalement : La mise en place d'un conseil d'administration tripartite et paritaire, l'entrée des représentants des travailleurs, des employeurs et des bénéficiaires des soins et des ordres professionnels dans le conseil d'administration. La possibilité pour les bénéficiaires d'appeler sur une ligne verte pour notifier leurs plaintes, le renforcement de la redevabilité dans la gestion des fonds de la CSU ; la transparence dans la gestion des fonds à travers un système d'information digitalisé et des audits réguliers de l'organe de gestion. Ensuite, le fardeau des soins à la charge des populations passera de 70% en 2019 à 35% en 2030 ; toute chose qui sera bénéfique pour le bien-être des populations. Enfin, avec la mise en place de l'organe de gestion de la CSU, la concrétisation de la théorie du changement permettra de relever le défi majeur de la promptitude dans la mise à disposition des fonds pour le paiement des prestations qui constitue le principal goulot d'étranglement ; de l'effectivité des prestations de qualité promue par la CSU. En ce qui concerne la tutelle technique d'un tel organisme, elle devra être assurée par le Ministère du travail et de la sécurité sociale et cela en application du décret N 2012/558 du 26 novembre 2012 portant organisation et fonctionnement du Ministère du travail et de la sécurité sociale. En effet l'article 1<sup>er</sup> alinéa 4 de ce décret précise le Ministère du travail et de la sécurité sociale exerce la tutelle de la Casse nationale de prévoyance sociale (CNPS) et les organismes publics et parapublics relevant de son secteur.

### 5.1.4 Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation

Dans le Tableau 11, les facteurs clés de succès du scénario, les risques et les mesures de mitigation sont décrits.

Tableau 11 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation du scenario 1

Facteurs clés de succès	Risques	Mesures de mitigation
Ce scénario permet de renforcer le cadre institutionnel de la mise en œuvre de la CSU par la création d'un véritable organe de gestion avec les pleins pouvoirs, et cela en se basant sur les acquis de la phase 1	Conflit d'intérêt avec une confusion entre la fonction d'acheteur et de prestataire de soins	Mettre en place un conseil d'administration représentatif des principaux acteurs, des organes et des règles de gestion et de contrôle garantissant la bonne gouvernance
Le scénario est conforme aux principes généraux de la gestion des mécanismes de CSU qui recommandent la mise en place d'un organe de gestion autonome avec une séparation des fonctions d'acheteur de prestataires et des contrats clairs permettant de payer les prestations après un contrôle	L'adoption de la loi CSU est un préalable alors que les délais de son élaboration, adoption et de promulgation peuvent être longs.	Mettre en œuvre une phase transitoire et éventuellement mettre en œuvre le scénario 3 permettant de préparer minutieusement la mise en place de l'Organe de Gestion
Les financements de la CSU pourront être facilement mobilisés par l'organe de gestion si cela est défini dans la loi	Ampleur des efforts pour assurer le recouvrement des recettes et la mobilisation de la subvention éventuelle de l'Etat et/ ou des partenaires.	Mobiliser les PTF, adapter les circuits financiers de décaissements des fonds destinés au financement de la CSU par l'Etat et développer la concertation avec les services du trésor pour assurer les décaissements de la subvention  Renforcer les capacités des services de recouvrement et mettre en place des systèmes de paiement des cotisations via la téléphonie mobile.

## 5.2 Scénario 2 : Arrimage de la fonction du tiers-payant à un organisme public ou para public, suite à une réforme

### 5.2.1 Schéma institutionnel cible

Les principales responsabilités devant être assumées par les institutions intervenant dans la mise en œuvre de la CSU ont été présentées plus haut. Il n'est pas nécessaire de les reprendre ici. Le scénario qui suit va plutôt se focaliser sur l'option d'arrimage de la CSU à un Organe de gestion existant pour assumer cette nouvelle responsabilité.

Deux institutions ont fait l'objet d'une attention particulière dans cette optique. Il s'agit de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) et du Fonds Spécial d'Équipement et d'Intervention Intercommunale (FEICOM). Tous les deux sont des établissements de première catégorie, à la réputation établie, avec des extensions territoriales très importantes et très efficaces. La visite de leurs infrastructures laisse voir une gestion bien suivie. Les installations sont bien entretenues, spacieuses, équipées, y compris d'excellentes composantes des TIC. Il a été impossible à la mission, malgré de nombreuses relances de rencontrer le Directeur Général de la CNPS. Par contre, son Ministre de Tutelle ainsi que le Secrétaire Général de ce même Ministère reçu la mission séparément et se sont montrés ouverts à ce portage au cas où le Gouvernement en déciderait ainsi.

Le FEICOM, pour des raisons liées à son secteur d'activités et tenant compte de la répartition des compétences au niveau gouvernemental, ne s'est pas montré ouvert à l'exercice de la fonction de portage qui pourrait lui être proposée. Le champ de la décentralisation est en outre très vaste et l'appui aux communes en lui-même ne permettrait pas de prendre de nouvelles responsabilités.

Le FEICOM est pourtant à plusieurs points de vue, un établissement stable en considérant la gouvernance, les liens habituels avec les bailleurs de fonds, la capacité de mobiliser les fonds et la compétence de ses cadres et sa bonne implantation territoriale.

Il en est de même pour ce qui concerne la CNPS qui est financièrement viable, bien organisée avec une assise territoriale étendue. En outre, elle a la charge de certains aspects en rapport direct avec la CSU.

Bref, au Cameroun, la CNPS et le FEICOM sont des institutions avec une notoriété incontestable bien établie et représentent une fondation solide sur laquelle l'on pourrait poser un nouveau système comme la CSU.

### Présentation de la CNPS

Créée en 1967 par la loi N 67/LF/08 du 12 Juin 1967, la CNPS est un établissement public autonome initialement en charge des prestations familiales avant de se voir confier chaque fois par une loi les autres prestations, soit en 1969 l'assurance vieillesse puis les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1977. **En clair, la CNPS ne peut gérer par exemple la CSU dans sa branche maladie que si une loi le lui permet.** Par la suite, l'article 2 du Décret 2018/354 du 7 juin 2018 portant réorganisation et fonctionnement de la CNPS, précise que la CNPS est un établissement public à caractère spécial doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. L'article 3 précise qu'elle est chargée d'assurer la gestion des régimes de sécurité sociale que lui confie l'Etat et le service de diverses prestations prévues par la législation sur la sécurité sociale.

La CNPS compte à ce jour 41 315 employeurs actifs et 1 294 526 assurés actifs et 246 906 assurés volontaires<sup>26</sup>. Elle couvre les 10 régions du Cameroun. Elle participe aux opérations sur le marché financier et ses cumuls d'avances de trésorerie au profit du budget de l'Etat s'élèvent à 57,9 milliards de FCFA en 2024. Par ailleurs, elle complète utilement l'offre de soins avec son Hôpital d'Essos à Yaoundé et ses centres médico-sociaux de Maroua et de Garoua<sup>27</sup>.

Au plan interne, la CNPS compte 8 directions centrales, quatre directions régionales et 39 Centres de prévoyance sociale dont deux sont consacrés au secteur informel dans tout le pays. Les recettes des cotisations sont passées de 179 Milliards FCFA en 2018 à 209,4 Milliards en 2022 ; tandis qu'au cours de la même période les prestations ont respectivement représenté 94 Milliards et 127,9 milliards FCFA. D'une manière générale, la gestion de la CNPS est performante, tous les ratios de gestion étant inférieurs aux normes CIPRES ; et selon les données recueillies sur le site, la CNPS a un résultat excédentaire en progression chaque année, soit 73 Milliards de FCFA en 2022

Les profils du personnel sont diversifiés et sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 12 : Répartition du personnel de la CNPS par profil 2023

DESIGNATION	Nombre
Recouvrement	128
Contentieux	113
Prestations	451
Préventions risques professionnels	17
Action sanitaire et sociale	211
Comptabilité et finance	271
Autres domaines	696
<b>TOTAL</b>	<b>1887</b>

Source : Annuaire statistique 2023 de la CNPS

Les effectifs de la CNPS s'élèvent en 2022 à 1887 agents parmi lesquels 47.91% sont des femmes (Tableau 13).

La masse salariale est en baisse et est passée de 29,6 Milliards en 2019 à 25,6 Milliards en 2023 avec un salaire moyen global estimé à 1 150 693 FCFA. Le budget de fonctionnement s'établit à 36 412 027 501 FCFA. En considérant le nombre des employeurs, travailleurs et assurés volontaires actifs estimé à 1 582 747, le coût unitaire d'administration par assuré est ainsi estimé à 23 006 FCFA en 2023. Par contre, le coût unitaire projeté de l'administration d'un bénéficiaire de la CSU est plus faible et s'établit de 2004 FCFA tel que calculé dans le scénario 1 en fonction du montant prévisionnel de la prime pure<sup>28</sup>.

<sup>26</sup> Annuaire statistique 2023 de la CNPS

<sup>27</sup> <https://www.cnps.cm/>

<sup>28</sup> Il n'est pas évident que la CNPS accepte d'office ce coût d'administration d'un assuré maladie. Des discussions ont nécessaire avec la CNPS.

Tableau 13 : Répartition du personnel de la CNPS selon la catégorie et le genre en 2023

DESIGNATION	F	M	Total
Cadres	217	282	499
Agents de Maitrise	542	454	996
Employés	144	248	392
<b>Total</b>	<b>873</b>	<b>984</b>	<b>1887</b>

*Source : Annuaire statistique 2023 de la CNPS*

Malgré ses performances, l'institution fait face à quelques défis en lien avec ses ressources humaines et ses dépenses dans l'action sanitaire.

En effet, le taux d'encadrement reste élevé avec 26,44% de cadres contre une norme CIPRES comprise entre 5 et 10%. Les dépenses de formation rapportées à la masse salariale sont en baisse depuis 2018 passant 0.80% à 0.59% en 2023 contre une norme CIPRES comprise entre 1 et 5%. En ce qui concerne l'action sanitaire, les dépenses de fonctionnement rapportées aux dépenses totales de la caisse sont inférieures à 0,1% contre une norme CIPRES comprise en 3 et 10%. Il en résulte que la CNPS investit insuffisamment dans ses services de santé, forme moins ses agents et regorge de beaucoup de cadres supérieurs plus que la normale.

Même sans avoir rencontré son Directeur Général, nous avons cependant rencontré le Ministre de tutelle, le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, son Secrétaire Général en même temps administrateur de la CNPS et Madame la directrice de la sécurité sociale, et en ne considérant que les résultats de sa gouvernance, son maillage territorial, l'infrastructure des TIC et son expérience des prestations, il nous est apparu possible et souhaitable de lui arrimer la gestion du tiers-payant dans le cadre de la CSU. La CNPS a pris une initiative pour créer un guichet de cotisations volontaires qui a réussi à intéresser 246 906 personnes en 2023, même si leurs cotisations sont irrégulières.

Il est clair également qu'elle est familière du dialogue social étant en rapport régulier tant avec les travailleurs que les employeurs, cet aspect n'est pas négligeable.

Pour compléter cette analyse, veuillez consulter le tableau suivant : Tableau 14 (Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la CNPS par rapport à la CSU).

Tableau 14 : Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la CNPS par rapport à la CSU

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispose d'une expertise dans l'affiliation, l'immatriculation, la gestion des prestations sanitaires : gère déjà le Tiers-Payant au non des salariés cotisants</li> <li>• Dispose des prérogatives de la puissance publique dans le recouvrement des cotisations</li> <li>• Résultats financiers positifs</li> <li>• 4.Intervient sur le marché financier et peut faire des avances de trésorerie à l'Etat</li> <li>• Dispose d'un réseau de centres de prévoyance sociale, de Directions régionales dans tout le pays</li> <li>• Dispose suffisamment de cadres moyens pouvant contribuer à la mise en œuvre de la CSU</li> <li>• Dispose d'un logiciel de gestion des prestations</li> <li>• Gère déjà le secteur formel et informel (avec 246 000 bénéficiaires)</li> <li>• Est un organisme public, régi par une loi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pléthore de cadres supérieurs</li> <li>• Insuffisance du budget de formation du personnel</li> <li>• Insuffisance d'expertise dans la couverture des travailleurs de l'économie informelle</li> <li>• Statut cantonnant les missions aux travailleurs du secteur formel privé.</li> <li>• Les dépenses de personnel sont très proches de la norme de 85% des dépenses de fonctionnement soit 84,33% en 2023 ce qui donne moins de marge dans les dépenses en Ressources humaines</li> </ul>
OPPORTUNITES	MENACES/OBSTACLES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboration de la politique nationale de protection sociale</li> <li>• Processus en cours d'élaboration de la loi sur le CSU pouvant centraliser la gestion de la couverture sociale et de la couverture maladie au sein de la CNPS</li> <li>• Confiance des autorités en la capacité de gestion de la CNPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Large cible de la CSU composée de tous les Camerounais</li> <li>• Faible accessibilité des zones reculées pour les agents de la CNPS</li> <li>• Compétition s'autres structures étatiques qui souhaiteraient assumer la mission de gestion de la CSU</li> </ul>

## Régulation

Dans les faits et s'agissant du droit et de ses relations avec l'État, la CNPS n'est pas subventionnée et ne reçoit pas de contribution budgétaire ou financière de l'État. Les versements de l'État à la CNPS proviennent de la collecte des prélèvements légaux qui sont faits sur les salaires de ses agents publics, relevant du code du travail. C'est donc en qualité d'employeur d'agents relevant du code du travail que l'État a une relation financière avec la CNPS. Toutefois, elle est bel et bien un Établissement public, sous la tutelle du Ministère du Travail et de la sécurité sociale

La CNPS ne peut donc pas recevoir, en l'état, des fonds de l'État en vue d'assurer la fonction de tiers-payant. Elle doit être réformée à cet effet. Une loi de finances peut organiser cette gestion des fonds de l'État. En effet, après un vote, le ministre en charge des finances peut créer un compte d'affectation spéciale dont la gestion sera suivie par l'agent comptable et le contrôleur financier de la CNPS. Ce compte d'affectation spéciale peut être alimenté par les fonds de l'État provenant du budget général, d'une taxe ou d'un impôt ainsi que par des bailleurs de fonds.

Cependant, ce financement de la CSU sur la base de la seule loi des finances, est un pis-aller, pas totalement conforme à l'esprit sur lequel est assise et conçue la CSU. Nous ne la proposons qu'en dernier recours dans l'espace de temps durant lequel la loi n'aura pas encore été adoptée. L'idéal est bel et bien l'existence d'une loi pour encadrer la nouvelle institution qu'est la CSU et dont on attend beaucoup. La loi est gage de stabilité.

En fait, la loi de finances ne peut régler que les seuls problèmes liés aux financements. Elle ne peut pas donner des orientations techniques pour ce qui concerne la CSU. Au demeurant, ce n'est pas son rôle. Il faut une loi consacrée uniquement aux objectifs de la CSU : les bénéficiaires, la gestion, le panier de soins, la place des bailleurs de fonds, les immatriculations ; etc.

Par contre, l'organigramme et les attributions de la CNPS relèvent du domaine du décret. Il faudra également. Sur le plan pratique, améliorer la représentation du Ministère de la santé au sein du Conseil d'administration de cet organisme ; la tutelle restant au ministère du travail et de la sécurité sociale.

### **Gestion des services (immatriculation, mobilisation des ressources, achat des services de santé).**

Le recours à la CNPS pour l'option d'arrimage de la CSU entraînera nécessairement des aménagements au sein de cette institution pour tenir compte des nouveaux métiers qui sont à la base de la CSU, les nouvelles catégories sociales qu'elle intègre, l'esprit et les importants financements qui sont projetés.

Ces aménagements devraient intervenir principalement à la direction en charge des finances et de la comptabilité, la direction des recouvrements. A ce niveau, d'importants services auraient la charge de la mobilisation des ressources et un autre serait réservé à l'achat des prestations et autres services. Dans le même temps, la Direction des prestations assurerait un deuxième contrôle sur les factures et les prestations après celui des services de la santé. Un inspecteur général serait chargé de l'audit interne.

Dans cette perspective également, un contrôleur externe pourrait, assurer le suivi des prestations.

L'expérience de la CNPS en matière d'immatriculation a été acquise pour l'essentiel, dans le domaine formel et dernièrement dans l'informel. Elle est assistée en cela par les employeurs qui donnent des informations sur l'identité complète des travailleurs qu'ils emploient. Ces informations incluent celles relatives aux familles et aux ayants droits. La CNPS peut alors faire ses enregistrements. La montée en puissance dans le domaine de l'immatriculation du secteur informel serait donc nécessaire à la CNPS. Au besoin, elle pourrait, du moins dans les débuts, déléguer partiellement cette fonction à des Organismes ayant une compétence avérée dans ce domaine.

Pour la CSU, le schéma sera passablement différent. Les centres de santé seront les lieux les plus privilégiés pour la rencontre avec les bénéficiaires des prestations. De ce point de vue, le ministère de la santé est plus indiqué.

L'option de l'immatriculation via les mairies pourrait aussi être étudiée.

De même, certaines fonctions pourraient être déléguées à toute autre structure de droit public ou privée à l'image de l'expérience que le MINSANTE a réalisée avec les FPRS et tenté avec la SUCAM (Santé Universelle au Cameroun).

### **Production des soins (dont délivrance des produits pharmaceutiques).**

C'est le niveau local avec les FOSA qui aurait la charge de cette activité. Ceci dans l'esprit et le modèle des FRPS actuels pour les produits pharmaceutiques.

## 5.2.2 Étude économique et financière de l'option

. L'évaluation économique du scénario 2 est proche des projections de réduction des dépenses de santé à la charge des ménages présentées dans le scénario 1 à savoir une réduction des dépenses à la charge des ménages à 50% en 2025 et 35% en 2030. Ce pourcentage était de 68,47% en 2020 selon les données de la banque mondiale.

Dans cette phase où l'on transférerait à la CNPS la gestion du tiers-payant, la couverture doit atteindre 50% de la population en 2025 et 70% en 2030.

### Estimation des revenus et des coûts

Le cadrage macroéconomique serait de réduire la part des dépenses de santé par tête d'habitant à la charge des ménages de 40,95% base 2025 à 35 % en 2030 (CNS 2018/2019). L'estimation financière de l'option est articulée sur les dépenses de la phase 1 prévue dans le CDMT 2024-2026. Les revenus attendus de ce scénario sont les ressources pouvant être affectées au compte d'affectation spéciale du trésor pour le financement de la phase 1 et 2 ; ainsi que les financements des PTF.

En considérant les dépenses plafonds sur la base de la cotisation projetée de 1921 FCFA définie dans le scénario 1, le budget plafond à mettre à la disposition de la CNPS pour la mise en place de la CSU au niveau de la CNPS sera en baisse comparativement à celui du scénario 1, puisque la CNPS dispose déjà de ressources humaines formées et d'infrastructures et équipements pouvant être mutualisés pour l'intégration de la CSU dans son mandat. Les besoins en ressources humaines formulées sont des ressources humaines additionnelles. Pour la charge de travail du personnel existant, elle pourra impacter au moins 30% à 15 % du travail des cadres, agents de maitrises et employés qui seront impliqués dans la mise en œuvre de la CSU. Ainsi, le nombre de personnels de la CNPS qui sera impliqué dans la mise en œuvre de la CSU pour 30% de leur temps de travail est estimé à 75 Cadres, 149 agents de maitrise et 54 employés soit au total 278 anciens agents de la CNPS. Ils seront impliqués dans le recouvrement, l'immatriculation, la gestion des prestations et la gestion du système d'information. Pour réduire les charges, la gestion déléguée sera faite pour la sensibilisation de proximité et le contrôle médical. Cette quote-part de l'activité des travailleurs de la CNPS sera valorisée au taux du salaire global mensuel moyen de 1 150 693 FCFA, pondéré de 30% de leur temps de travail soit 345 208 FCFA par mois et par agent soit 4 142 496 FCFA par agent et par an. Ainsi, le coût annuel prévisionnel du personnel est estimé à 1 151 613 771 FCFA. Quant aux 47 nouveaux agents, leur masse salariale additionnelle annuelle est estimée, aux mêmes coûts pour des questions d'équité, à 648 990 852 FCFA. Ainsi la masse salariale globale de la CSU est estimée à 1 800 604 623 FCFA par an. Il en résulte qu'en considérant que la CNPS peut prendre en charge ses propres agents impliqués dans la CSU, sa contribution serait estimée à 63,95% de la masse salariale, ce qui pourrait constituer un avantage comparatif pour ce scénario. La délégation du tiers-payant au niveau régional sera maintenue.

Dans tous les cas, le coût prévisionnel du scénario 2 est présenté dans le tableau 15 ci-dessous

Tableau 15 : Évolution du coût prévisionnel par an et par fonction du scenario 2 en M de FCFA

ANNEES	Investissement en infrastructure et équipement	Fonctionnement Et charge de la gestion déléguée	Système d'information et de gestion	Formation et recyclage des acteurs	Communication et mobilisation sociale	Assistance technique	Appui à la prévention et promotion de la santé	Coût de mise en place de l'organe de gestion en FCFA
	35%	35%	15%	5%	2%	3%	5%	
<b>2025</b>	4 427 500 000	4 427 500 000	1 897 500 000	632 500 000	253 000 000	379 500 000	632 500 000	<b>12 650 000 000</b>
<b>2026</b>	4 427 500 000	4 427 500 000	1 897 500 000	632 500 000	253 000 000	379 500 000	632 500 000	<b>12 650 000 000</b>
<b>2027</b>	4 427 500 000	4 427 500 000	1 897 500 000	632 500 000	253 000 000	379 500 000	632 500 000	<b>12 650 000 000</b>
<b>2028</b>	4 392 500 000	4 392 500 000	1 882 500 000	627 500 000	251 000 000	376 500 000	627 500 000	<b>12 550 000 000</b>
<b>2029</b>	4 410 000 000	4 410 000 000	1 890 000 000	630 000 000	252 000 000	378 000 000	630 000 000	<b>12 600 000 000</b>
<b>2030</b>	4 410 000 000	4 410 000 000	1 890 000 000	630 000 000	252 000 000	378 000 000	630 000 000	<b>12 600 000 000</b>
<b>Total</b>	<b>26 495 000 000</b>	<b>26 495 000 000</b>	<b>11 355 000 000</b>	<b>3 785 000 000</b>	<b>1 514 000 000</b>	<b>2 271 000 000</b>	<b>3 785 000 000</b>	<b>75 700 000 000</b>

*Source : Projections faites à partir des données de l'étude, Avril 2024*

Le coût total du scénario est de 75,7 milliards de FCFA sur la période 2025-2030 soit un coût annuel moyen de 12,6 Milliards FCFA. Le budget d'investissement, estimé à 26,4 milliards de FCFA, permettra de réaliser des infrastructures complémentaires afin de permettre à la CNPS de mieux accueillir les populations et d'offrir un meilleur cadre de travail aux agents.

### **Identification des sources de revenus**

Cette option consiste à financer la CSU en exploitant ce que l'on observe au niveau du taux de pression fiscale relativement faible, au Cameroun et en stagnation entre 13-14% du PIB entre 2013 et 2021, selon l'étude sur la mobilisation des recettes fiscales pour la santé réalisée par l'OCDE en 2023. Les sources de revenus pouvant être identifiées sur la base de cette étude et des entretiens et analyses réalisés par les consultants sont, entre autres, une part de la TVA, l'impôt sur les sociétés, la fiscalité du tabac, les boissons sucrées et alcoolisées, les taxes environnementales, les recettes issues de la contribution pour l'hémodialyse (15000 FCFA) et de la vente du chèque santé à 6000 FCFA. A ces sources, il faut ajouter la contribution des PTF au financement de la CSU phase 1 à travers le compte d'affectation spéciale du trésor.

Il est attendu que la CNPS fasse des placements afin de mobiliser les produits de placement qui pourront financer la CSU. En 2023, les produits financiers de la CNPS étaient estimés à 30,8 milliards de FCFA. Le risque maladie étant un risque à cycle court, financièrement parlant, il est évident que la durée des placements des ressources de la CSU ne saurait être longue comme celle des pensions de retraite. Elle pourrait être plus réduite, générant moins de produits financiers par rapport au portefeuille actuel de la CNPS.

### **Stratégies de levée et de mobilisation des fonds**

La levée des fonds sera faite à travers l'affectation des impôts et taxes, mais aussi le recouvrement des contributions volontaires des bénéficiaires de certaines prestations et aussi, éventuellement, des conventions avec les PTF.

### **Éléments d'impacts financiers**

Le salaire moyen (Tableau 16) est moins élevé que dans le scénario1 parce qu'il y a une imputation rationnelle avec l'arrimage de la CSU à la CNPS. En effet, avec cette stratégie, il y a les employés habituels de la CNPS, surtout les cadres, qui vont également mener des activités de la CSU réduisant d'autant le coût de cette dernière. Ensuite, les nouveaux employés de la CNPS recrutés pour les activités de la CSU débiteront avec les salaires moins élevés que ceux des anciens de la CNPS. Enfin, il y aura moins de nouveaux employés cadres recrutés, avec des niveaux de rémunération liés, puisque comme vu plus haut il y aura mutualisation des moyens humains entre l'ancien dispositif de la CNPS et le nouveau de la CSU. A ces 47 emplois directs au niveau central, il faut ajouter 180 emplois liés à la mise en œuvre de la gestion déléguée par les FRPS.

Tableau 16 : Répartition du personnel par catégorie et par an du scenario 2

Fonctions	Salaire mensuel moyen	2025	2026	2027	2028	2029	2030
DG	345 208	1	1	1	1	1	1
DGA		1	1	1	1	1	1
Chargés de la communication		10	10	10	10	10	10
Chargés des prestations contrôle		03	03	03	03	03	03
Chargés des finances et du budget		05	05	05	05	05	05
Chargés du contrôle médical		05	05	05	05	05	05
Inspecteur général		01	01	01	01	01	01
Audit		01	01	01	01	01	01
<b>Total hors personnel de soutien</b>		<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
Personnel de soutien		15	15	20	20	20	20
<b>Total des agents de l'organe de gestion</b>		<b>42</b>	<b>42</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>47</b>	<b>47</b>

Source : Projections faites à partir des données de l'étude, Avril 2024

### 5.2.3 Impacts intentionnels et organisationnels du scénario

#### Impacts en termes de ressources humaines

Le principal impact en matière de ressources humaines est la création de 47 emplois directs. A ces emplois directs s'ajoutent au moins 20 emplois indirects par les activités des organismes de gestion délégués.

#### Impacts en termes d'organisation

Les institutions impliquées et leur rôle :

- Le Ministère de la Santé Publique et ses démembrements
  - Définit les paniers de soins ;
  - Définit les catégories des bénéficiaires ;
  - Contrôle la qualité des soins ;
  - Contrôle les factures à un premier niveau ;
  - Assure, sur son budget, le relèvement des plateaux techniques ;
  - Assure les pré immatriculations et immatriculations.
  - Répartit les fonctions et entre les Centres de santé, les centres médicaux d'arrondissement, les hôpitaux, les FRPS, les DRSP.

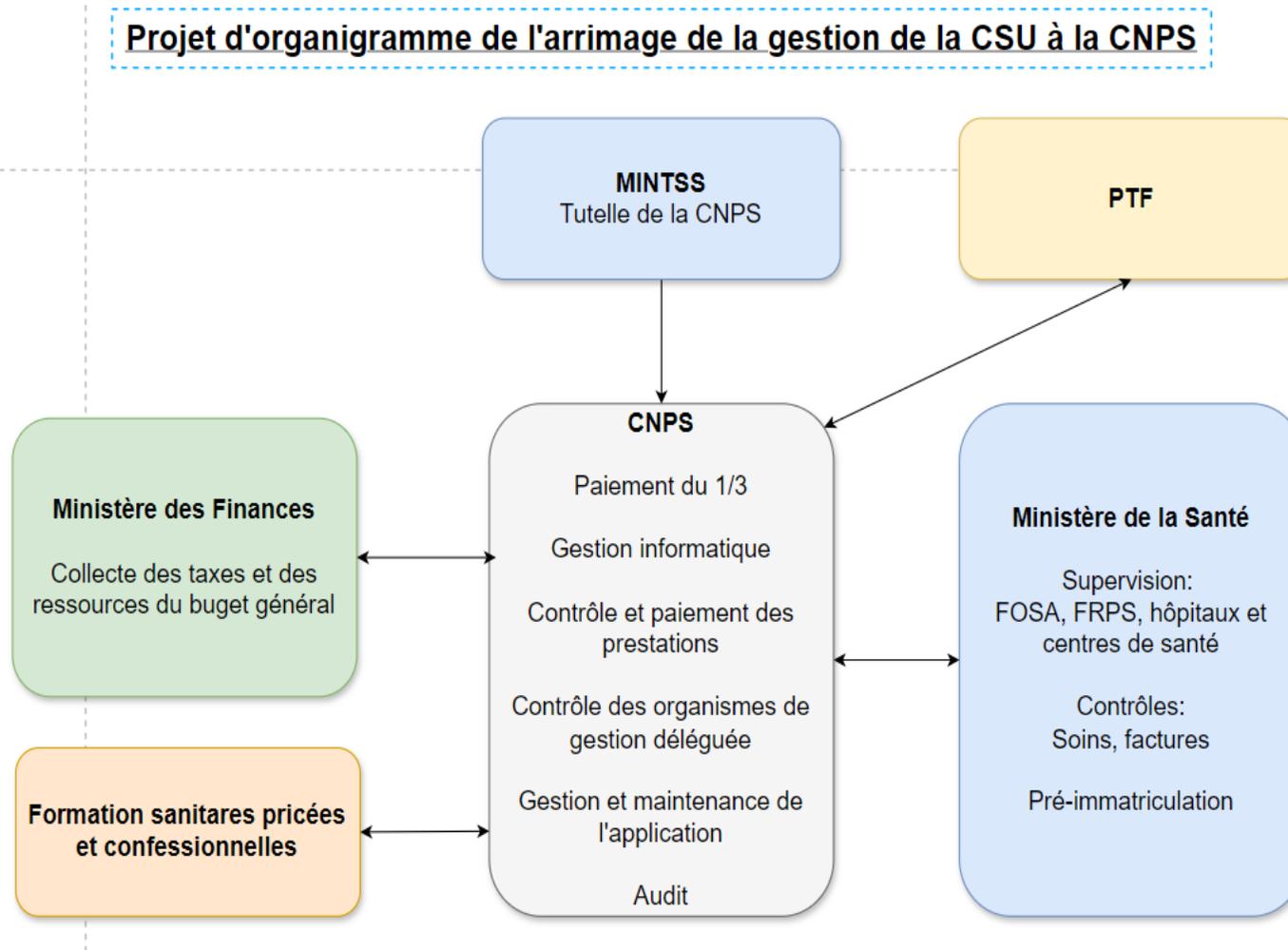
- Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale : assure la tutelle de la CNPS
- Le Ministère des Finances : Il collecte, mobilise et transfère les fonds
- La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (nous pensons qu'à ce stade, la loi sur la CSU aura été adoptée et la CNSP réformée ; probablement trois à quatre années après le début de la phase I) :
  - Le transfert des fonds de fonctionnement ;
  - Le transfert des fonds destinés aux investissements ;
  - Le contrôle des factures en deuxième ressort ;
  - Le paiement des factures ;
  - Les audits ;
  - Les formations ;
  - La gestion du système informatique.
  
- Les PTF :
  - Mobilisation des fonds
  - Audits et contrôles des fonds alloués
  - Organismes de gestion déléguée
  - Immatriculation
  - Contrôle médical

### **Impacts en termes de gouvernance**

En termes de gouvernance, le scénario 2 en opérant la fusion de tous les régimes au sein d'un seul organisme déjà bien géré et viable financièrement, est un progrès majeur. De plus, toutes les couches socio professionnelles seront représentées dans le conseil d'administration de la CNPS (employeurs, travailleurs du secteur privé, l'État, la société civile en particulier la ligue des consommateurs, les ordres professionnels ; etc...), toute chose qui renforce le dialogue social promue par l'OIT. Le scénario est source d'efficience car fondé sur un dispositif existant évitant ainsi l'inflation institutionnelle par la création d'une nouvelle structure. Enfin, il permettra à la CSU de bénéficier du crédit de confiance dont jouit la CNPS auprès de la population, des PTF et des autorités et organismes internationaux.

Le Projet d'organigramme sur l'arrimage de la gestion de la CSU à la CNPS est présenté à la figure 6 à la page suivante.

Figure 6 Projet d'organigramme de l'arrimage de la gestion de la CSU à la CNPS



Source : Elaboré à partir du cadre conceptuel de l'étude, avril 2024

#### 5.2.4. Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation

Si l'option d'arrimer la CSU à la CNPS comporte beaucoup d'avantages comparatifs, il n'en demeure pas moins qu'elle présente des risques institutionnels et opérationnels. La première contrainte est la nécessité des réformes législatives d'une ampleur importante (voir Tableau 17).

Tableau 17 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation du scenario 2

Facteurs clés de succès	Risques	Mesures de mitigation
Ce scénario permet de fusionner toutes les branches de la sécurité sociale au Cameroun dans un seul organisme	Adoption tardive des lois  Résistance possible des autres organismes à la fusion	Faire le plaidoyer pour le vote de la loi et de la politique nationale de la sécurité sociale  Conduire un diagnostic organisationnel au sein de la structure pour identifier les alliés, les passifs et les contestataires afin d'adopter les mesures appropriées
Le scénario 2 permet de capitaliser les acquis de la CNPS qui assure une certaine intégration des branches sources d'efficacité technique	Nécessite de faire une mutation de la culture d'entreprise en vigueur à la CNPS pour intégrer celle de la CSU mettant essentiellement l'accent sur le social	Elaborer un plan de transition
Permet de créer de la valeur à travers les placements	Accroissement des dépenses de santé à rembourser aux prestataires	Mettre en place un dispositif de contrôle médical renforcé et informatisé

## 5.3 Scénario 3 : Création d'un établissement public national de prévoyance sociale avec une délégation de gestion de certaines fonctions du tiers-payant à un organisme public ou para public existant, suite à la signature d'une convention

La formulation de ce scénario est basée sur le principe de subsidiarité. Il s'agit d'une option de création d'un établissement public national avec la possibilité que cet établissement public délègue par convention, la gestion de tout ou partie de certaines de ses fonctions à un (des) organisme(s) public (s) ou para public(s). Les principales fonctions que l'organe de gestion peut déléguer ont été analysées : la mobilisation des financements (cotisations, taxes et subventions), l'immatriculation des assurés, la signature des conventions avec les formations sanitaires, le paiement des prestations réalisées par les FOSA au profit des populations, et la réalisation du contrôle médical des prestations.

Comparativement aux deux autres scénarios, le principal enjeu de ce scénario est le fait que son opérationnalisation n'est pas conditionnée nécessairement par l'adoption de la loi sur la CSU qui constitue l'un des défis majeurs de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun. De fait, c'est un scénario qui exige moins de préalables contextuels contraignants.

Aussi avec ce scénario, le cadre institutionnel de la gestion du tiers-payant reposera sur la séparation des fonctions : prestataires de soins, le tiers vendeur et du tiers acheteur des soins de santé et le régulateur.

### 5.3.1 Schéma institutionnel cible

Dans ce scénario, les principales responsabilités pouvant être assumées par les institutions intervenant dans la mise en œuvre de la CSU sont :

#### Tutelle technique

La tutelle technique pourra être exercée par le Ministère de la santé ou un autre Ministère comme le Ministère du travail et de la sécurité sociale, le MINAS et même par le Ministère des finances. Pour la tutelle financière, c'est le Ministère des finances. Il appartiendra au gouvernement de choisir le Ministère de tutelle technique.

#### Régulation.

Elle pourrait être assurée par l'organe de gestion de la CSU ; à travers son comité de gestion et avec l'appui du Groupe technique national CSU, les ministères de tutelles technique et financière ; en attendant la mise en place d'une autorité de régulation de la CSU dans les années à venir.

#### Gestion des services

L'organisme de gestion va assurer principalement les fonctions de mobilisation et mise en commun des ressources ainsi que l'achat des services de santé. Les autres fonctions seront déléguées à des organismes suivant une contractualisation et un conventionnement.

Pour ce faire, il sera chargé sur le plan technique de la mobilisation des fonds auprès du Ministère des finances, de la centralisation et du suivi de la part des recettes fiscales affectées et des

recettes non fiscales parmi lesquelles les recettes de vente chèque, les contributions pour la dialyse, les fonds FIAM<sup>29</sup> mis en place pendant la pandémie de la Covid19. Elle mettra ces fonds en commun pour les mettre à la disposition des FRPS et autres organismes de gestion déléguée parmi lesquels les assureurs privés, les institutions de micro finance et autres agences spécialisées dans le système d'information et de gestion des prestations. Plus tard, l'organisme pourra couvrir les agents du secteur privé formel à travers une convention avec la CNPS et les agents du secteur public en collaboration avec le trésor public. La possibilité pourra être donnée à ceux-ci de payer plus pour avoir un panier de soins plus attrayant.

Ainsi les autres fonctions feront l'objet de délégation de gestion. Il s'agit de l'affiliation/immatriculation, le conventionnement avec les prestataires de services de santé, du contrôle des droits d'accès aux prestations, de paiement des prestations. Par ailleurs comme dans les autres scénarios, l'organisme pourrait contribuer à la mise en œuvre des actions de promotion, de prévention, d'éducation et d'information sanitaire.

Il s'assurera que les produits pharmaceutiques essentiels sont disponibles ; surtout dans les formations sanitaires publiques et privées. Pour assurer un accès universel aux médicaments, la contractualisation avec les officines pharmaceutiques permettra d'assurer la disponibilité constante des médicaments au profit des personnes couvertes.

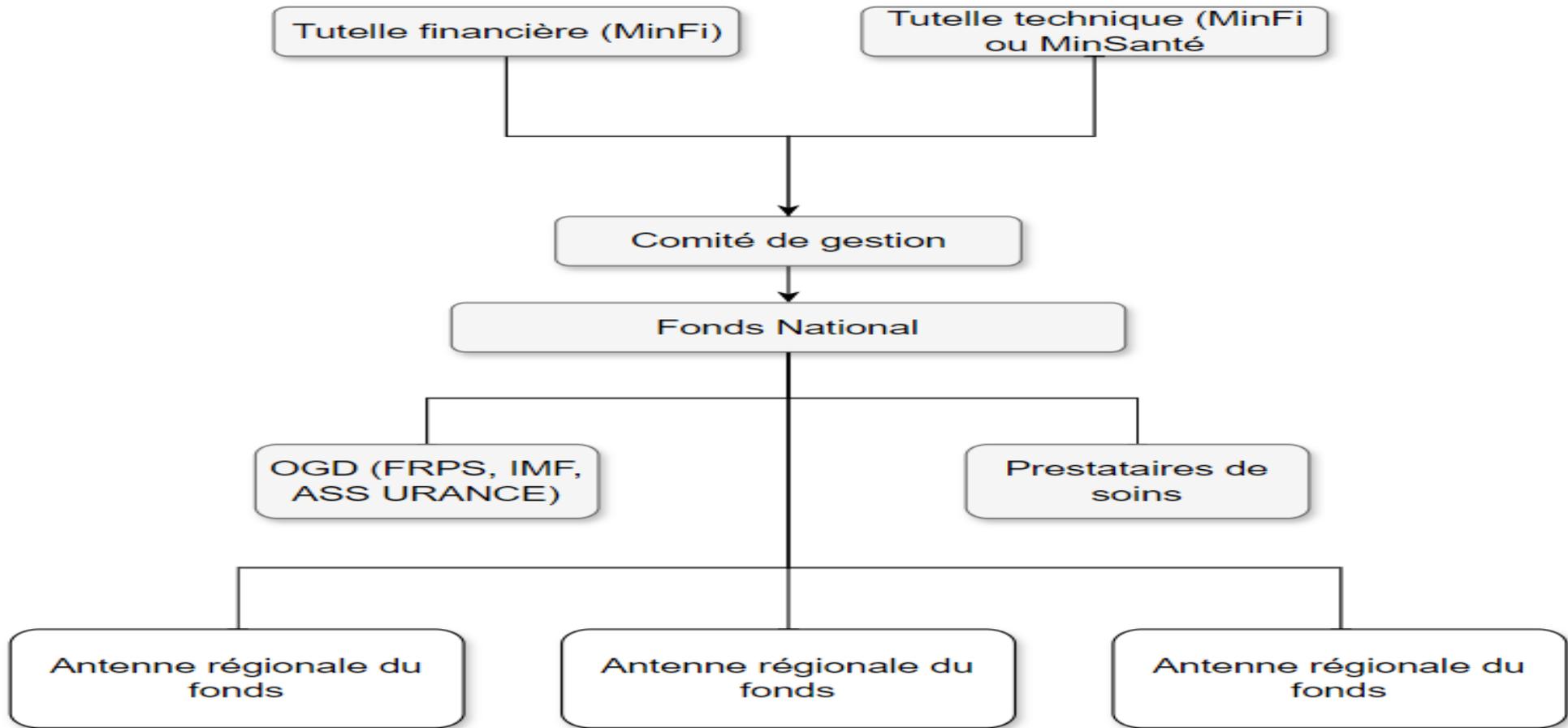
Au vu du mandat de l'organisme de gestion dans ce scénario, le statut de fonds de l'organe de gestion est apparu comme le plus adapté. En effet, les fonds nationaux ont pour vocation principale d'assurer la gestion des flux financiers dans leur domaine d'intervention. Leur organisation, leurs ressources humaines et leur logique d'intervention sont fonction de l'implémentation de la fonction fiduciaire. C'est pourtant le management efficace de la fonction fiduciaire qui constitue actuellement le principal défi de la CSU et le socle de la mise en place d'un organe de gestion. Les autres fonctions comme l'affiliation, l'accréditation, le conventionnement, le contrôle médical sont considérés comme des fonctions que l'on peut déléguer dans ce scénario. Il en est de même des fonctions de proximité comme la gestion des litiges, la sensibilisation et le contrôle de l'effectivité des prestations.

L'organigramme prévisionnel de l'organisme est montré par la Figure 7 qui suit.

---

<sup>29</sup> Les fonds FIAM sont financés à partir de la vente des billets d'avion

Figure 7 : Architecture du Fonds (FSSS)



Source : Conçu sur la base du cadre de référence de l'étude, Avril 2024

Dans ce scénario, le Contrôle médical, pourrait être particulièrement délégué à des organismes spécialisés et contractualisés à cet effet, mais pas au Ministère de la Santé Publique, prestataire de services de santé. Pour la gestion informatisée de la facturation et du suivi et évaluation, il est souhaitable pour des raisons techniques qu'une assistance technique à l'image de celle de la GIZ en cours dans la phase 1 soit contractualisée. En effet, s'agit d'un domaine régalien de l'organisme de gestion qui ne peut être délégué. Ce modèle comporte donc beaucoup d'organismes de gestion déléguée parmi lesquels la CNPS pourrait occuper une place de choix pour la couverture des travailleurs et employeurs du secteur privé formel et même certains indépendants et autres assurés volontaires de la CNPS.

Au vu de ses missions, le Fonds pourrait comporter juste quatre directions techniques :

- La direction de la coordination des organismes de gestion déléguée pour accompagner et assurer l'appui - conseil et le contrôle du respect des cahiers de charges par les organismes de gestion déléguée et d'autant plus que le scénario est fondé sur la délégation de gestion aux acteurs spécialisés qu'ils soient du secteur public ou privé lucratif.
- La direction des finances et du budget pour le suivi des décaissements et des versements par le trésor des recettes fiscales et non fiscales, le virement des fonds au profit des OGD pour le paiement des prestations, la reddition des comptes dans le cadre de la redevabilité ;
- La direction des prestations et de la gestion des risques.
- Chaque direction comportera en son sein deux services.
- La direction du fundraising (levée des fonds) et du partenariat qui aura pour mission l'appui à la recherche des nouveaux financements et le maintien des relations avec les partenaires ;

Le Fonds aura des antennes régionales très légères en termes de personnels. Soit au maximum trois agents : un chef d'antenne, un cadre moyen et une secrétaire comptable.

En ce qui concerne les services internes centraux du Fonds, ils sont définis dans le projet d'organigramme ci-dessous.

Mais ceci amène les questions fondamentales suivantes :

- Quels sont les textes juridiques qui permettent de créer un fonds National CSU (FSSS) pour l'accès équitable aux services de santé, organe de gestion de la CSU sans la loi CSU ?
- Si le fonds est créé suivant ces textes de lois, qu'advierait-il du Fonds après l'adoption de la loi CSU ?

Pour bien répondre à ces questions, il est important d'analyser les domaines qui relèvent purement de la loi CSU et sa portée opérationnelle. La loi CSU, y compris ses textes d'application, a pour objet de définir le ou les régimes de couverture à mettre en place, le mode de financement de ces régimes, les modalités d'affiliation au sens de la sécurité sociale, les relations avec les prestataires de services de santé publics ou privés, les modalités de régulation, le type d'organe de gestion à mettre en place, les modalités du contrôle médical, les organismes de gestion déléguée ; etc.

Il en résulte que la loi CSU vise à structurer le cadre organisationnel et institutionnel de la CSU et son financement. Pourtant, si la loi est nécessaire pour régir les relations entre les acteurs et définir les modalités de couverture de la population, cela n'est pas le cas pour le financement où la loi des finances peut être une alternative pour la mobilisation des recettes ; surtout non fiscales pour financer la CSU du moins dans sa phase de démarrage.

Aussi, dans le cadre des conventions de financement signées avec les bailleurs de fonds, des contributions des bénéficiaires peuvent être recouvrées et complétées par les apports des

bailleurs. C'est le cas du chèque santé où les femmes enceintes payent 6000 FCFA pour les prestations proposées. Ainsi, toutes les taxes définies pour assurer le financement de la CSU peuvent être inscrites dans la loi des finances et mobilisées pour le paiement des prestations ; en attendant que la loi CSU soit adoptée pour structurer le dispositif national de la CSU dans la perspective d'une assurance maladie obligatoire qui est la meilleure option pour atteindre la CSU. Autrement dit, la loi CSU n'est pas un obstacle insurmontable pour le Cameroun dans sa progression vers la CSU. En effet, en se basant sur la loi N 96/03 du 4 janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé, la loi numéro 2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics, et le décret numéro 2011/408 du 9 décembre 2011 portant organisation du gouvernement modifié et complété par le décret 2018 /198 du 2 mars 2018 ; il est possible de créer un fonds spécial d'accès aux services de santé (FSSS) pour l'accès équitable aux services de santé dans le cadre de la CSU au Cameroun pour renforcer la solidarité dans l'accès aux services de santé. La problématique qui est posée est celle de la mutualisation des ressources disponibles et la limitation de la fragmentation. Ce fonds serait un établissement public du secteur de la santé visant à améliorer l'accès aux services de santé en attendant le vote de la loi sur la CSU. Il est possible que le fonds soit créé par la loi des finances sous forme de ligne budgétaire ; mais ce fonds serait un simple service et ne pourrait pas être doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière attendus d'un organisme de tiers payant de la CSU. De ce fait, l'équipe de consultants suggère la création d'un fonds sous forme d'établissement public à l'image des autres fonds spéciaux existant au Cameroun.

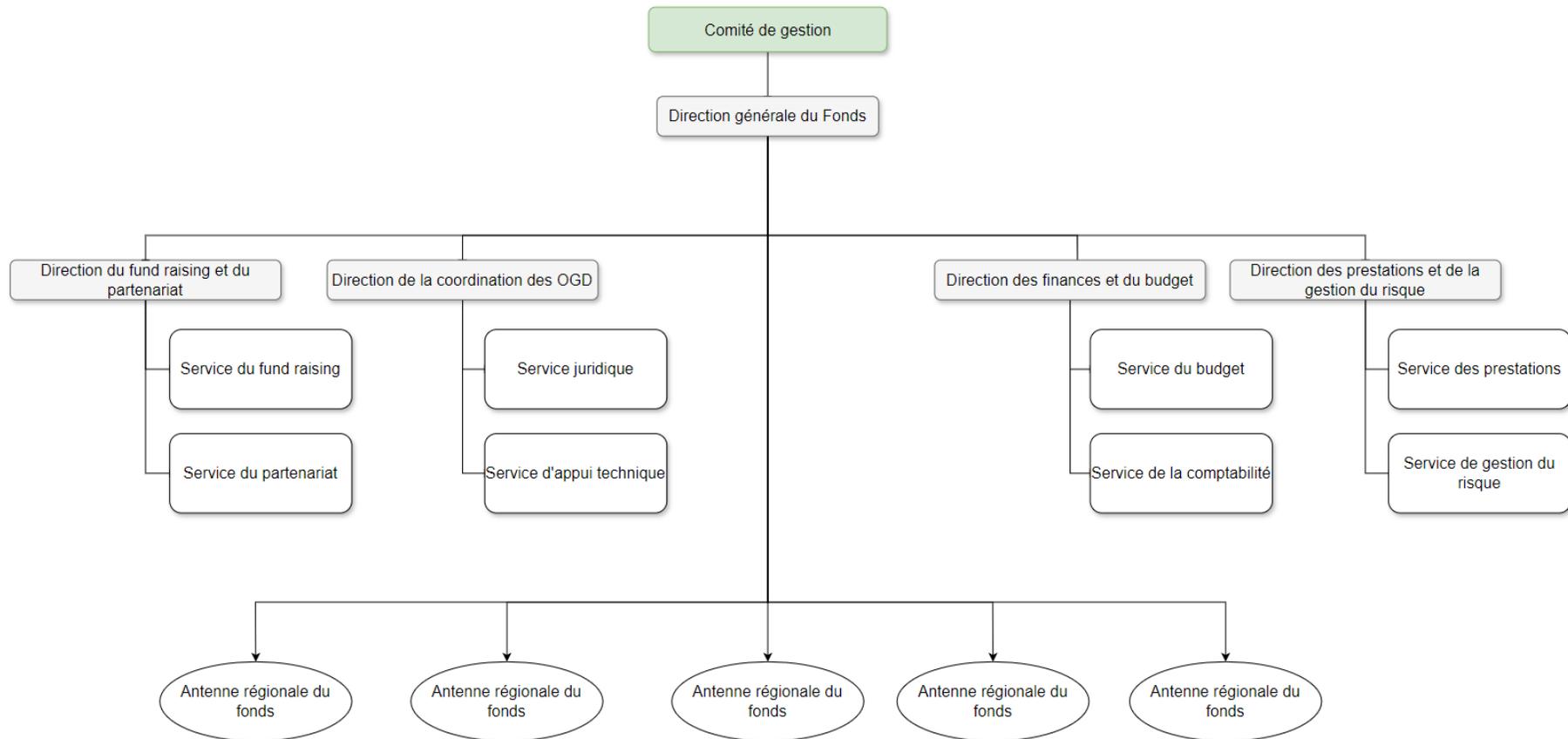
En effet, selon l'article 3 de la loi cadre dans le domaine de santé, la politique nationale de santé vise, entre autres, à contribuer à la mise en place d'un système de solidarité nationale pour la santé. La CSU est en lien étroit avec ce système de solidarité nationale.

Selon l'article 4 de la loi portant statut général des Établissements publics, « un établissement public est une personne morale de droit public dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, chargée de la gestion d'un service public ou de la réalisation d'une mission spéciale d'intérêt général pour le compte de l'État ou d'une collectivité territoriale décentralisée ». Quant à la procédure de création, l'article 5 alinéa 1 précise que les établissements publics sont créés par décret du président de la République. Quant à la tutelle technique, l'article 8 précise que les établissements publics créés par l'Etat sont placés sous la tutelle technique du département ministériel dont relève le secteur d'activités ou de tout autre organe prévu dans l'acte de création. Selon la classification des catégories d'établissements publics définie par le décret 2019/322 fixant les catégories d'établissements publics du 19 juin 2019, le Fonds pourrait être classé dans la cinquième catégorie des établissements publics qui sont ceux ayant un budget de plus de 100 Milliards FCFA.

Lorsque la loi sera votée, le fonds peut être transféré et intégré dans la caisse nationale d'assurance maladie qui sera mise en place. Cette approche de création Fonds Nationaux pour financer la CSU a été suivie dans certains pays comme le Ghana avec la National Health Insurance Funds, et au Gabon où la CSU reposait sur trois fonds dont celui des travailleurs du secteur privé, le fonds des travailleurs du secteur public et le fonds des personnes vulnérables ou gabonais économiquement faibles. De même, au Rwanda la péréquation du financement des régimes de la CSU reposait sur le fonds national de solidarité placé sous double la tutelle technique et financière du MINFI.

Tirant les leçons de ces expériences et en application des attributions des membres du gouvernement, le Ministre de la santé publique peut initier la création d'un Fonds national dans le secteur de la santé. Ce fonds serait créé par décret présidentiel ou inscrit dans la loi des finances selon sa nature de fonds national ou de fond fonctionnel. Ce dessous une présentation de l'organigramme du fonds spécial (Figure 8).

Figure 8 : Organigramme du Fonds



Source : Conçu sur la base du cadre de référence de l'étude, Avril 2024

## 5.3.2 Étude économique et financière de l'option

### Estimation des revenus et coûts

Au plan économique la mise en place de ce fonds permettra de mobiliser des ressources additionnelles pour le financement de la santé. Son financement ne sera pas exclusivement basé sur la subvention de l'Etat ; mais aussi sur les ressources non fiscales et fiscales. Sa finalité sera de réduire la part des dépenses à la charge des ménages de 70% en 2019 à 35% en 2030 avec un taux de couverture de 70% de la population en 2030 (stratégie de développement de la CSU).

**Cadrement budgétaire.** Pour estimer le coût prévisionnel de la mise en place du scénario 3 visant la mise en place d'un fonds, les coûts historiques des fonctions dans la CSU phase1 ont été utilisés. Cette approche opérationnelle est plus adaptée du fait que le scénario est fondé sur la délégation de gestion des fonctions. Or ces fonctions sont actuellement assurées par des structures dans la CSU phase 1.

Le cadrage couvre les 6 principales fonctions ont été définies :

1. L'enrôlement ;
2. L'accréditation des FOSA ;
3. La mise en place du système de gestion informatisé avec l'appui d'une assistance technique ;
4. Le renforcement des capacités des acteurs ;
5. Le contrôle médical et la gestion des risques dans le cadre du paiement des prestations ;
6. La coordination, le suivi et l'évaluation du système.

L'enrôlement biométrique donne droit à une carte d'assuré dont le coût est estimé à 1000 FCFA par personne par le Ministère. La population attendue dans ce cadre est estimée à 11 721 183 personnes en 2025. Ce nombre tient compte de ceux déjà enrôlés par la phase 1 de la CSU pour atteindre au moins 3 millions en fin 2024. D'ici à 2030 le nombre de personnes à enrôler est estimé à 20 329 278 personnes, correspondant à une couverture de 70% de la population.

Pour l'accréditation, des FOSA, le coût historique est estimé à 2,5 millions FCFA par FOSA et comprend la conduite des missions d'accréditation, la tenue de la commission régionale d'accréditation, la formation des prestataires de soins et des acteurs communautaires sur le manuel de procédures des prestations et l'acquisition des outils de gestion. Le nombre FOSA à accréditer d'ici 2030 est estimé à 2800 FOSA pour tenir compte de celles déjà accréditées pour la CSU phase 1.

Pour la mise en place et la maintenance du logiciel de gestion, le coût unitaire est de 350 000 FCFA par FOSA pour le coût d'implantation comprenant la formation des utilisateurs et l'acquisition du matériel informatique. Pour l'assistance technique, un forfait annuel de 243 Millions FCFA par an pour l'appui par des consultants et experts nationaux et internationaux.

Pour le renforcement des capacités des prestataires de soins de première ligne et des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la CSU aussi bien sur les politiques de prise en charge que sur l'ingénierie de la CSU, il est estimé à **540 Millions FCFA**.

Pour la mise en œuvre du contrôle médical et la gestion des risques elle est estimée à un forfait de 100 millions par région et par an et il est budgété dans le volet système d'information.

Pour la coordination des activités de la CSU et le fonctionnement du fonds, un forfait de 700 Millions de FCFA est prévu dans le volet dépenses de fonctionnement. Pour ce qui est du

personnel il est prévu 3 personnes par antenne régionale du F3S (FSSS), et au niveau central 6 directeurs et dans chacune des directions de deux services deux personnes par service ; soit 24 personnes pour les directions centrales sans le personnel d'appui estimé à 8 personnes. Le salaire moyen mensuel est de 350 000 FCFA ; du fait qu'il s'agira d'un fonds sectoriel santé, des mises à disposition de fonctionnaires pourront être faites au sein du Ministère, au profit de l'organe de gestion. La délégation du contrôle des factures et de leur paiement (sans inclure le coût des prestations elles-mêmes) sera poursuivie par les FRPS.

Selon les données du tableau suivant (Tableau 18), le coût moyen du scénario 3 est de 10,8 milliards par an soit un total de 64,9 milliards sur la période 2025-2030. Il s'agit d'une continuité de la phase 1 de la CSU. Les dépenses de fonctionnement de l'organe sont estimées à 3,7 Milliards FCFA par an et comprennent les salaires, les charges locatives, les missions, ateliers et réunions, le matériel informatique et de bureau, les dépenses liées à la gestion déléguée par les FRPS. Ce coût montre qu'il s'agirait d'une structure légère et moins coûteuse. En effet, le coût d'administration du système est estimé à 780 FCFA par an et par personne bénéficiaire en 2025 et décroît pour s'établir à 406 FCFA par an et par bénéficiaire en 2030 ; toute chose qui témoigne d'une hypothèse d'amélioration de l'efficience du système au fil des années.

### **Identification des sources de revenus**

Le fonds serait financé par les recettes de ventes du chèque santé, les recettes issues de la contribution des bénéficiaires de l'hémodialyse, les recettes non fiscales liées au tabac, aux boissons alcoolisées ou sucrées, et plus tard des dépenses non fiscales de la TVA, l'IRPP, l'IS. Le fonds pourrait être financé par une partie des ressources du Fonds FIAM ou de tout autre fonds séquestre dormant du Ministère de la santé publique. Pour les cotisations des employeurs et des travailleurs, il est nécessaire que la loi CSU soit adoptée.

La figure suivante présente les sources de financement du futur Fonds (Figure 9)

### **Stratégie de levée et de mobilisation des fonds**

Pour la stratégie de mobilisation des ressources, il s'agira de déléguer le recouvrement des recettes des prestations aux FRPS ; d'organiser des tables rondes des bailleurs de fonds et de développer des partenariats avec la plupart d'entre eux, surtout ceux souhaitant accompagner le Cameroun dans ses progrès vers la CSU.

Pour les recettes non fiscales, la collaboration sera développée avec le trésor public pour assurer leur reversement. Après l'adoption de la loi CSU, les cotisations pourraient être instaurées au titre des employeurs et des travailleurs des secteurs privé et public. A partir de ce moment, une convention de gestion déléguée pourrait être signée avec la CNPS pour le recouvrement des recettes des cotisations des employeurs et des travailleurs du secteur privé.

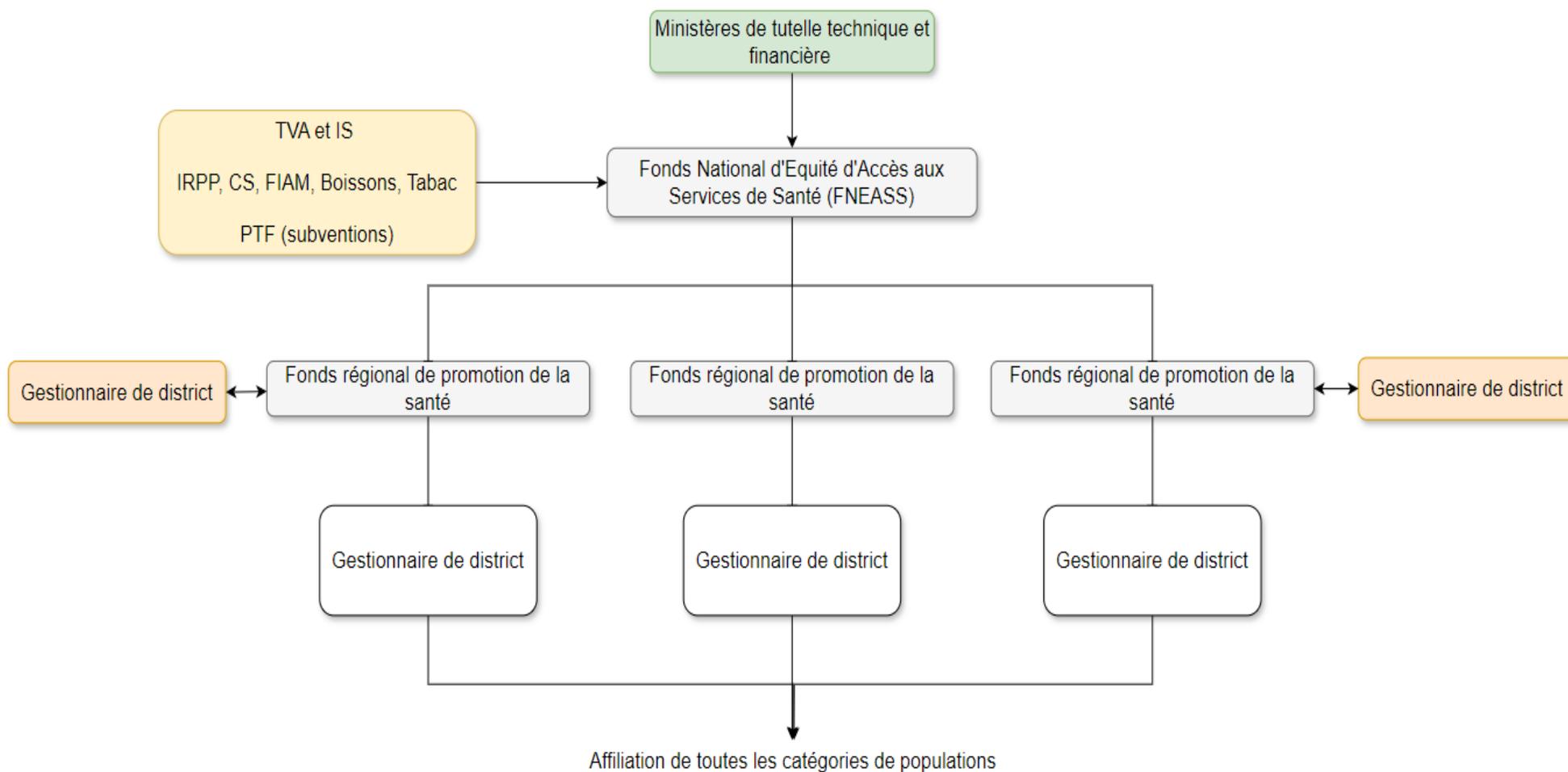
Pour ceux du secteur public le recouvrement sera fait à partir du trésor public. La Figure 10 présente la configuration de tous les régimes potentiels de financement du Fonds.

Tableau 18 : Coût prévisionnel de la mise en œuvre du scénario 3 (en millions de Francs CFA)

ANNEES	Investissement en infrastructure et équipement	Fonctionnement Et charges de La gestion déléguée	Système d'information et de gestion et contrôle médical	Formation et recyclage des acteurs	Communication et mobilisation sociale	Assistance technique	Appui à la prévention et promotion de la santé	Budget de mise en place de FSSS en FCFA
	35%	35%	15%	5%	2%	3%	5%	
<b>2025</b>	4 019 050 000	4 019 050 000	1 722 450 000	574 150 000	229 660 000	344 490 000	574 150 000	<b>11 483 000 000,00</b>
<b>2026</b>	4 154 850 000	4 154 850 000	1 780 650 000	593 550 000	237 420 000	356 130 000	593 550 000	<b>11 871 000 000,00</b>
<b>2027</b>	3 883 250 000	3 883 250 000	1 664 250 000	554 750 000	221 900 000	332 850 000	554 750 000	<b>11 095 000 000,00</b>
<b>2028</b>	4 019 050 000	4 019 050 000	1 722 450 000	574 150 000	229 660 000	344 490 000	574 150 000	<b>11 483 000 000,00</b>
<b>2029</b>	3 320 800 000	3 320 800 000	1 423 200 000	474 400 000	189 760 000	284 640 000	474 400 000	<b>9 488 000 000,00</b>
<b>2030</b>	3 320 800 000	3 320 800 000	1 423 200 000	474 400 000	189 760 000	284 640 000	474 400 000	<b>9 488 000 000,00</b>
<b>Total</b>	<b>22 717 800 000</b>	<b>22 717 800 000</b>	<b>9 736 200 000</b>	<b>3 245 400 000</b>	<b>1 298 160 000</b>	<b>1 947 240 000</b>	<b>3 245 400 000</b>	<b>64 908 000 000,00</b>

Source : Estimé sur la base des données de l'étude, Avril 202

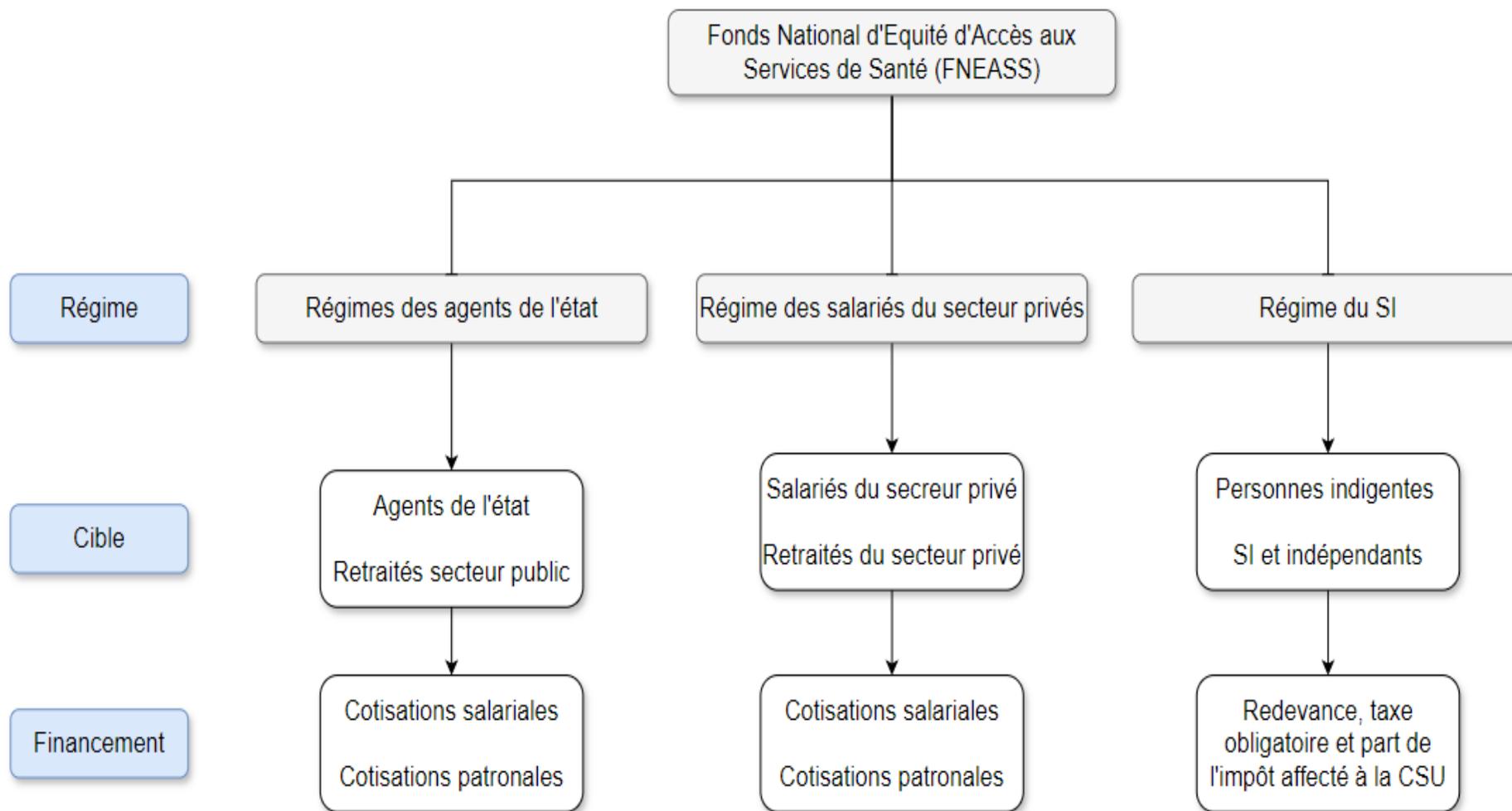
Figure 9 : Architecture et sources de financement du Fonds



Couverture de 50% et 70% de la population du Cameroun en 2025 et 2030

Source : Conçue sur la base du cadre conceptuel de l'étude, Avril 2024

Figure 10 : Régimes de financement du scénario 3



Source : Conçue sur la base du cadre conceptuel de l'étude, Avril 2024

### 5.3.3 Impacts institutionnels et organisationnels du scénario

Le principal besoin de ce scénario est le conventionnement avec des organismes de gestion déléguée performants. Avec cette contractualisation, les charges opérationnelles sont assurées par les OGD contre rémunération de leurs prestations. Il reste personnel de l'organe réparti dans quatre directions centrales et 10 antennes à créer progressivement selon le niveau de couverture des FOSA du pays.

Les besoins en ressources humaines sont présentés dans le Tableau 19 : Effectif du personnel du scénario 3 ci-dessous.

Tableau 19 : Effectif du personnel du scénario 3

Fonctions	Salaire mensuel moyen	2025	2026	2027	2028	2029	2030
DG		1	1	1	1	1	1
DGA		1	1	1	1	1	1
Direction de la mobilisation des ressources		2	4	5	5	5	5
Direction des prestations et gestion des risques	350 000	2	4	5	5	5	5
Direction des finances et du budget		2	4	5	5	5	5
Direction de la coordination des OGD		2	4	5	5	5	5
Antenne régionale		10	10	10	33	33	33
Personnel de soutien		7	7	8	8	8	8
<b>Total des agents de l'organe de gestion</b>		<b>27</b>	<b>35</b>	<b>40</b>	<b>63</b>	<b>63</b>	<b>63</b>

Source : Projections faites sur la base des données de l'étude, Avril 2024

Le scénario 3 permettrait de créer 63 emplois directs d'ici 2030 sans compter les emplois indirects au sein des organismes de gestion déléguée estimés à 180 pour les 10 régions. Avec un salaire moyen mensuel de 350 000 FCFA, le coût prévisionnel des ressources humaines du scénario 3 est estimé en 2025 à 113,4 Millions de FCFA, puis passe à 168 millions FCFA en 2027 pour atteindre 264,6 millions FCFA en 2030.

#### Impacts en termes de gouvernance

En termes de gouvernance le scénario 3 permettra d'améliorer le circuit des flux financiers au sein du Ministère, par le renforcement de la collaboration entre le Fonds au niveau central et les FRPS au niveau régional. De même, le niveau de mobilisation des ressources dédiées à la CSU sera plus élevé et prévisible et leur décaissement sera plus prompt, du fait que ces ressources ne sont pas fondées sur la subvention de l'Etat mais plutôt sur des recettes fiscales et non fiscales. Par exemple, avec le scénario 3 les recettes non fiscales pourront être mieux suivies et

gérées et non thésaurisées, comme c'est le cas actuellement avec les fonds FIAM et les recettes de la vente chèque santé.

### 5.3.4 Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation

Dans le schéma ci-dessous, les facteurs clés de succès du scénario 3, les risques et les mesures de mitigation sont décrits.

Tableau 20 : Facteurs clés de succès, risques et mesure de mitigation du scénario 3

Facteurs clés de succès	Risques	Mesures de mitigation
Ce scénario permet de le renforcer le cadre institutionnel de la mise en œuvre de la CSU au sein du MINSANTE par la création d'un véritable organe de gestion dédiée à la fonction fiduciaire		
Le scénario 3 permet de capitaliser les acquis en déléguant des fonctions aux OGD qui les assuraient déjà dans la phase 1 de la CSU. Ce qui assure une certaine continuité tout en garantissant l'efficacités technique	Nécessité de signer des conventions de gestion déléguée chaque année	Inscrire une disposition permettant la tacite reconduction
Permet de mobiliser des cotisations auprès de employeurs et des travailleurs et en leur proposant un panier de soins plus large	Lenteur dans l'adoption de la loi CSU sans laquelle les prélèvements sociaux seraient difficiles à opérer	Inscrire le processus d'adoption de la loi dans les activités prioritaires du Fonds
Promptitude dans la mise à disposition des fonds pour le paiement des prestations	Risque de sous recouvrement des recettes fiscales et non fiscales qui pourrait entraîner une baisse des fonds de la CSU.	Mobiliser les PTF et le groupe technique CSU pour anticiper le plaidoyer dès réception de la circulaire budgétaire de l'année 2025
Permet de pallier les lenteurs dans l'adoption de la loi pour assurer une extension effective de la couverture sanitaire universelle au Cameroun	Lenteur dans la signature du décret présidentiel Non adhésion du Ministère des Finances au scénario avec des difficultés de décaissement des fonds Non adhésion du Ministère du Travail, avec l'argument selon lequel tout ce qui est de la sécurité sociale est de son ressort	Soumettre un dossier technique au Premier Ministère pour demander la création du Fonds avec des évidences tirées de la phase1 de la CSU  Avoir un calendrier crédible d'adoption de la loi pour sortir de cette situation transitoire

Source : Analyse faite à partir des données de l'étude, Avril 2024

## 6. TRANSITION : REFORMER LA CTN-CSU PAR LA CREATION D'UN NOUVEAU CADRE DE GOUVERNANCE, ADAPTE A LA GESTION DE LA FONCTION FIDUCIAIRE DU TIERS-PAYANT

### 6.1 Schéma institutionnel cible

Créée en 2023, la CTN CSU est chargée de la coordination de l'ensemble de la CSU phase 1 au Cameroun. Il ne s'agit pas d'un organisme de gestion. L'analyse des premiers résultats de la mise en œuvre de la phase 1, montre que le décaissement et la mise à disposition des ressources pour le paiement des prestations et le fonctionnement des structures de mise en œuvre des activités au niveau opérationnel constitue l'un des principaux goulots d'étranglement.

Dans la logique de renforcer l'expérience en cours afin de construire progressivement la CSU par une capitalisation des différentes fonctions du tiers-payant ainsi testées, il est souhaitable de renforcer les capacités techniques de la CTN CSU ; pour faire en sorte qu'il joue pleinement aussi le rôle d'un organisme de gestion de la phase 1 de la CSU en plus de son rôle de coordination.

Dans cette optique, il s'agit de garder le schéma institutionnel actuel qui donne à la Cellule technique nationale et les unités techniques régionales la coordination de la mise en œuvre de la phase 1 de la CSU sous la tutelle directe du Ministère de la Santé Publique ; tout en renforçant son mode organisationnel et gestionnaire.

Trois réformes majeures de la CTN CSU sont proposées à cet effet :

- Le Cameroun peut ériger la CTN CSU en unité administrative et renforcer ses capacités administratives, techniques et opérationnelles ;
- Le Cameroun peut doter la CTN CSU d'un compte d'affectation spéciale du trésor (CAST). Par définition, le CAST est un mécanisme qui retrace dans les conditions fixées par la loi des finances, les opérations budgétaires financées au moyen de recettes particulières qui sont par nature en relation directe avec les dépenses concernées. Il s'agit d'un mécanisme qui déroge à certaines règles des finances publiques ; dont les attributs sont adaptés aux exigences de solvabilité d'un organisme de tiers-payant de la CSU.
- Le Cameroun peut adopter la mise en œuvre du système de compte à débit automatique pour faciliter le décaissement des ressources alloués la CSU telle que mise en œuvre actuellement.

Les principales responsabilités devant être assumées par les institutions intervenant dans la mise en œuvre de la CSU sont :

- Tutelle : le Ministère de la Santé Publique assurerait la tutelle technique tandis que le Ministère des finances en assurerait la tutelle financière.
- Régulation : la régulation du système serait assurée par le comité de pilotage de la CTN CSU, doté du compte d'affectation du trésor ; ouvert aux partenaires techniques et financiers.
- Gestion des fonctions de l'organisme de gestion :

En plus de la coordination de la phase 1, la CTN CSU reformée va poursuivre l'expérimentation des fonctions suivantes : immatriculation/enrôlement, accréditation des FOSA, conventionnement, achat et paiement des services de santé à travers la délégation de gestion, digitalisation de la gestion. La plus-value de cette réforme sera le renforcement de la mobilisation des fonds et leur mise en commun et d'une manière générale le développement de la fonction

fiduciaire afin d'assurer la prévisibilité et la promptitude dans le décaissement des ressources financières devenues cruciales pour l'effectivité et la pérennisation des prestations de la CSU phase 1. De plus, la CTN CSU pourrait avoir pour mission de conduire le processus d'adoption de la loi et de mettre en place l'organisme de gestion tel que défini par la loi et cela avec la participation de tous les acteurs.

## 6.2 Etude économique et financière de la phase de transition

***N.B : Les documents communiqués à la mission ne comportent pas de document officiel de planification à court terme de la phase 1 de la CSU. Par contre, la phase 1 de la CSU a un budget et un cadre des dépenses à moyen terme (CDMT). Les projections de ce rapport sont plutôt basées sur le document de stratégie globale nationale de développement de la CSU de 2020***

L'évaluation économique de ce scénario est proche des projections de réduction des dépenses de santé à la charge des ménages. Ce pourcentage était de 68.47% en 2020 selon les données de la banque mondiale. Le Cameroun s'est engagé à réduire de 40% ce fardeau à l'horizon 2025, fin de la phase 1 de la CSU avec une couverture de 22% de la population.

### Estimation des revenus et des coûts

Le cadrage macroéconomique serait de réduire la part des dépenses de santé par tête d'habitant à la charge des ménages de 68.47% base 2020 à 40.95% soit 25 175,79 FCFA contre 15 105,47 FCFA en 2025 (CNS 2018/2019). L'estimation financière de l'option est articulée sur les dépenses de la phase 1 prévue dans le CDMT 2024-2026, auxquelles devraient être intégrées les dépenses de fonctionnement du CAST. Les revenus attendus de ce scénario sont les ressources pouvant être affectées au compte d'affectation spéciale du trésor pour le financement de la phase 1 ; ainsi que les financements des PTF. Ce montant ne saurait être inférieur aux allocations du CDMT de la période.

### Identification des sources de financement

D'une manière générale, le taux de pression fiscale est faible au Cameroun et en stagnation entre 13-14% du PIB entre 2013 et 2021, selon l'étude sur la mobilisation des recettes fiscales pour la santé réalisée par l'OCDE en 2023. Les sources de revenus pouvant être identifiées sur la base de cette étude, les entretiens et analyses réalisés par les consultants, sont entre autres, une part de la TVA, l'impôt sur les sociétés, la fiscalité du tabac, les boissons sucrées et alcoolisées, les taxes environnementales, les recettes issues de la contribution pour l'hémodialyse (15000 FCFA) et de la vente du chèque santé à 6000 FCFA. A ces sources, il faudrait ajouter la contribution des PTF au financement de la CSU phase 1 à travers le compte d'affectation spéciale du trésor.

### Stratégies de levée et de mobilisation des fonds

Comme défini plus haut cette option est fondée sur la mise en place du CAST. La levée des fonds sera faite à travers l'affectation des impôts et taxes, mais aussi des conventions avec les PTF et le recouvrement des contributions volontaires des bénéficiaires de certaines prestations.

### Eléments d'impacts financiers

Les éléments de cadrage budgétaire de ce scénario sont issus des coûts actuels du fonctionnement du dispositif de la CSU phase 1. Les coûts moyens incluent le fonctionnement de la CTN CSU, de l'AT, des dépenses de fonctionnement des FRPS, structures de gestion

déléguée des prestations, le coût du système de facturation informatisée. Les coûts des prestations ne sont pas intégrés.

Les dépenses moyennes de fonctionnement de la CTN CSU passent de 126.000.000 FCFA (loi des finances 2023) en 2023 à 675 000 000 FCFA par an pour tenir de l'équipement, le renforcement des capacités des acteurs et des salaires du personnel contractuel, et les activités de finalisation de la loi sur la CSU ; soit un coût moyen supplémentaire de 550 000 000 FCFA. L'assistance technique au système d'information déjà prise en charge dans les régions du septentrion, du Sud et de l'est passera de 650 000 000 FCFA à 1 325 000 000 FCFA soit un coût annuel de 675 millions. Le coût moyen de fonctionnement des FRPS passera de 265 000 000 FCFA à 350 Millions soit un financement supplémentaire de 85 000 000 FCFA par FRPS et par an.

La mise en œuvre de cette disposition nécessite un coût moyen annuel de 5,5 Milliards FCFA soit 16,5 Milliards sur trois ans pour financer la mise en œuvre des activités de la CTN et des FRPS pour la mise en œuvre de la phase de transition.

Tableau 21 : Coût prévisionnel additionnel de mise en œuvre de la phase de transition  
(en millions de francs FCFA)

DESIGNATION	DEPENSES DE FONCTIONNEMENT PAR AN EN MILLIONS FCFA	NOMBRE D'UNITES	NOMBRE D'ANNEES	TOTAL EN Milliards FCFA
Programme d'appui à la CSU /CAST dont l'accréditation, le contrôle médical et la coordination	675	1	3	2 025
Assistance technique à la digitalisation y compris les formations et l'acquisition des équipements informatiques	1 325	1	3	3 975
Fonctionnement des FRPS par an (pour 10 FRPS)	350	10	3	10 500
<b>Coût total du scénario</b>				<b>16 500</b>

Source : Projections faites sur la base des données de l'étude, avril 2024

Le coût prévisionnel du scénario est estimé à 16,5 Milliards FCFA pour trois ans.

### 6.3 Impacts institutionnels et organisationnels de la phase de transition

Sur le plan institutionnel, la réforme de la CTN CSU couplée à la création d'un CAST permettrait de renforcer le cadre institutionnel de la mise en œuvre de la CSU phase 1, en passant d'une cellule technique à un programme national d'appui à la CSU avec plus de visibilité et de prérogatives administratives et de gestion ; ainsi que des capacités techniques et opérationnelles plus accrues à l'image des autres programmes verticaux du Ministère de la santé publique.

Sur plan organisationnel, le scénario permettrait de doter la CTN CSU d'un CAST, qui exige la mise en place d'un comité de pilotage multisectoriel y compris les PTF, d'un budget annexe, d'un manuel de procédures administratives comptables avec des règles d'audit claires, d'un manuel

de suivi et d'évaluation et d'une gestion axée sur les résultats. Ces changements organisationnels renforceront les capacités gestionnaires de la CTN CSU dans la mise en œuvre de la CSU phase1 d'une part et d'autre part renforceront le dialogue politique, y compris avec les PTF pour l'adoption d'un cadre législatif et l'accroissement du financement de la CSU phase1, ainsi que la redevabilité et la transparence attendues dans la gestion des fonds alloués.

### Impact en termes de ressources humaines

Les besoins en ressources humaines ont été estimés en cohérence avec la typologie des ressources humaines des programmes verticaux et l'extension de la couverture sanitaire au niveau régional. Ces besoins doivent être soutenables financièrement ; avec un plafond de 35% du budget de fonctionnement. S'inspirant de ces approches, les besoins en personnel sont présentés dans le tableau ci-dessous (Tableau 22).

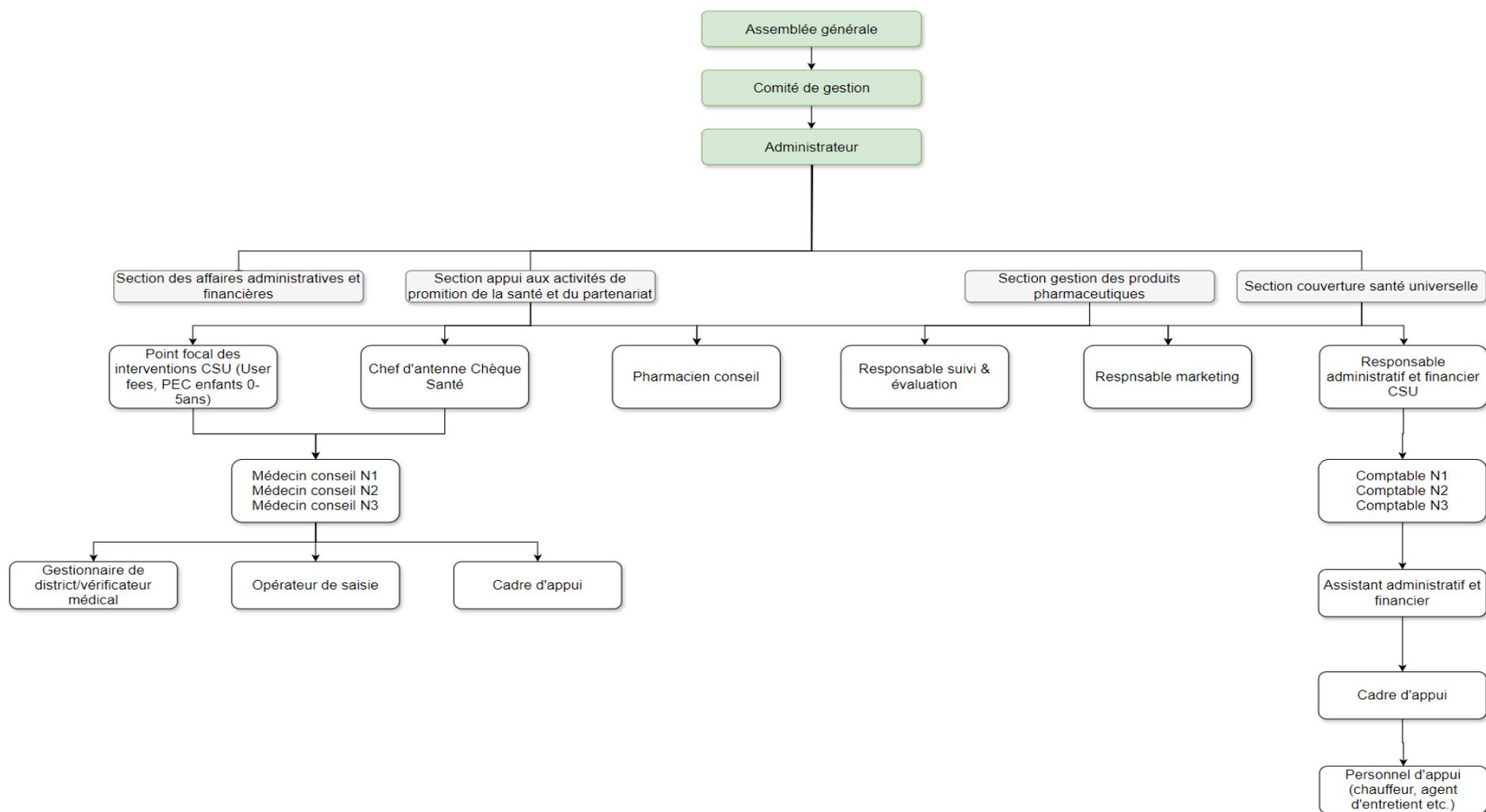
Tableau 22 : Répartition du personnel de la phase de transition

Désignation	Nombre
Coordonnateur programme d'Appui à la CSU sous la responsabilité du MINSANTE, il assure la coordination de l'équipe et de la mise en œuvre de l'appui à la CSU.	1
Un expert en passation des marchés : MEO procédures d'achat de biens et services	1
Un expert en suivi et évaluation sous la responsabilité du coordonnateur assurera le suivi et évaluation des résultats et activités liées.	1
Responsable du service administratif et financier	1
Une secrétaire comptable qui assure le secrétariat de l'équipe de projet	1
Régisseur de recettes	1
Régisseur d'avance	1
Contrôleurs médicaux	10
Analyste financier : la consolidation des états financiers établis par les FRPS	1
Gestionnaire des risques : analyse des données techniques et actuarielles de la CSU	1
Spécialiste en accréditation	1
informaticien pour l'appui à la maintenance du logiciel OpenIMIS et la mise en œuvre des travaux de l'interopérabilité	1
Chargé de communication marketing	1
Gestionnaire de base de données pour l'analyse technique des prestations	1
<b>Total</b>	<b>23</b>

Source : Projections faites sur la base des données de l'étude, avril 2024

A cette liste, s'ajoute les besoins en ressources humaines des FRPS qui assurent la gestion déléguée de la fonction du tiers-payant des fonds de la CSU au niveau régional. Ces besoins ont été évalués sur la base de la liste type du personnel annexée à la convention FRPS MINSANTE et validée par les AG des FRPS en avril 2024.

Figure 11 : Organigramme du dispositif de la délégation de gestion du tiers-payant par les FRPS au niveau régional



Source : Ministère de la Santé Publique, proposition d'architecture de la CSU au sein des FRPS et fiche de postes, mars 2023

Ce dispositif exige au moins l'emploi à temps plein de 18 personnes pour chaque Région et cela conformément à la note du MINSANTE fixant aux FRPS les normes en personnel pour assurer la gestion déléguée de la CSU. Certains sont déjà membres des équipes des FRPS mais une grande partie sera recrutée.

### **Impact en termes d'organisation**

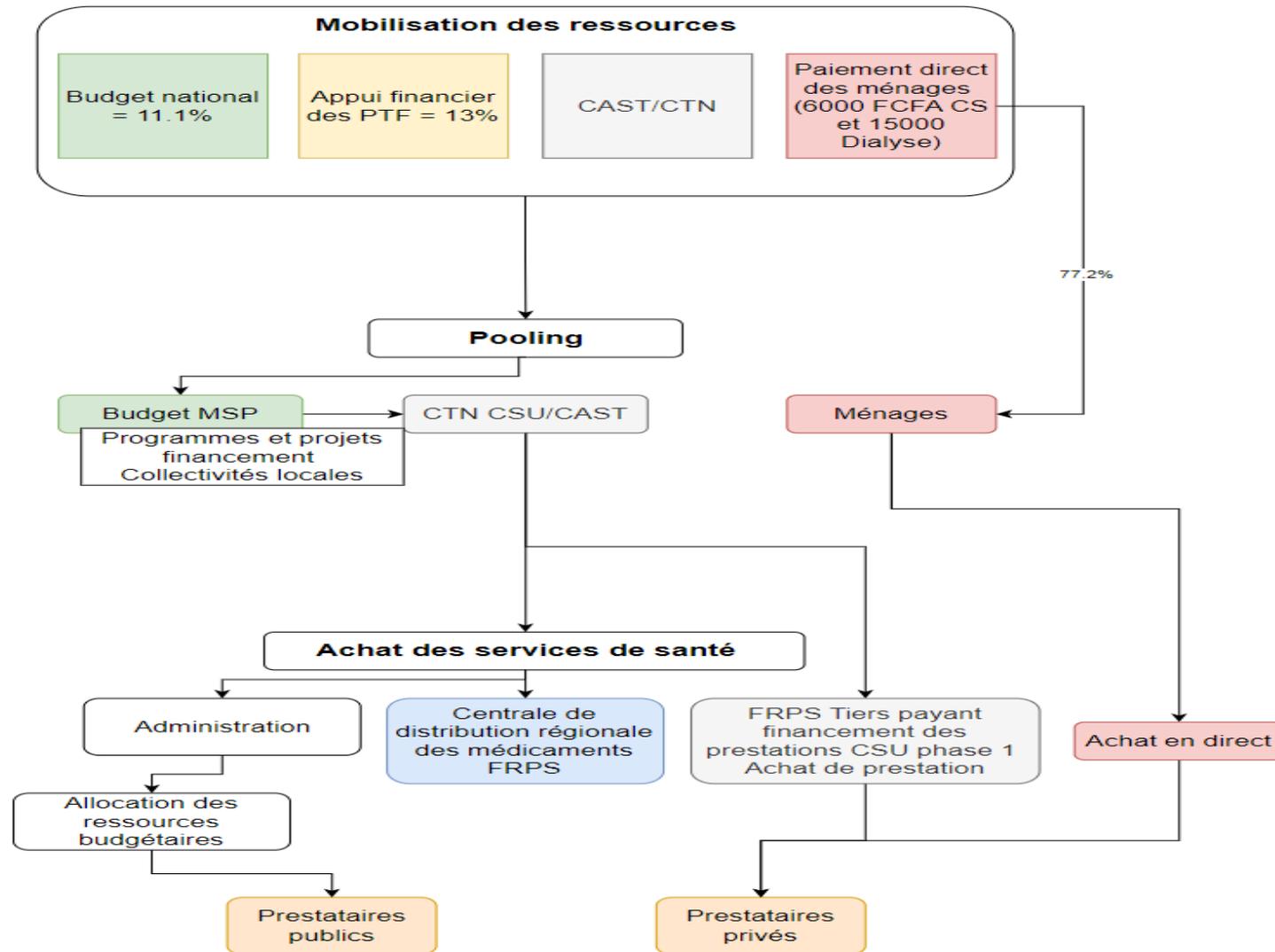
Avec la mise en place du CAST/CTN CSU, un déficit sera comblé, celui d'un véritable organisme de gestion de la CSU au niveau central exerçant toutes les fonctions. Les nouvelles fonctions de la CTN CSU seront la mobilisation des ressources, leur mise en commun et la régulation à travers le MINSANTE et le comité de pilotage du CAST. Cette nouvelle organisation impactera positivement les délais de décaissement et de paiement des prestations aux formations sanitaires. Elle aura aussi pour impact une amélioration de la prévisibilité (ressources fiscales affectées, dérogation au principe de l'annualité budgétaire dans la gestion des crédits budgétaires), une gestion rationnelle des ressources allouées ; la mise en œuvre du contrôle médical et les audits systématiques. Par ailleurs, la CTN CSU sera dotée d'un plan stratégique et d'un manuel ou livre de procédures claires ; pour assurer une gestion transparente des ressources. Le schéma ci-dessous présente la nouvelle configuration de la CSU avec la création du CAST.

L'analyse du schéma suivant (Figure 12) montre que la réforme de la CTN CSU permettra de la repositionner à un niveau stratégique plus élevé et de renforcer ses capacités.

### **Impact en termes de gouvernance**

Sur le plan de la gouvernance, le scénario 3 aura pour avantage de valoriser le dialogue politique à travers la pleine participation de toutes les principales parties prenantes et les partenaires techniques et financiers du secteur de santé. Cet élargissement va sans doute inscrire la mise en œuvre de la CSU dans une démarche inclusive qui favorisera la remobilisation des acteurs, à nouveau, pour la finalisation de l'élaboration de la loi, son vote et la mise en place de l'organe de gestion.

Figure 12 : Modèle actuel du mécanisme de financement de la CSU phase de transition



Source: Adapté du rapport d'évaluation ex ante du projet d'assistance technique de la GIZ à la CTN-CSU, juin 2023

## 6.4 Les facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation

Les conditions de réussite de ce scénario sont décrites dans le tableau ci-dessous (Tableau 23).

Tableau 23 : Facteurs clés de succès, risques et mesures de mitigation de la phase de transition

Facteurs clés de succès	Risques	Mesures de mitigation
Permet de poursuivre et de renforcer l'expérience en cours dans la CSU phase 1		
Ne nécessite pas l'adoption de la loi CSU dont les délais d'adoption et de promulgation peuvent être longs.	Nécessité de signer des conventions de gestion déléguée chaque année	Inscrire une disposition permettant la tacite reconduction
Le cadre juridique des finances publiques permet au Ministre de la santé publique et au Ministre des finances d'acter les réformes nécessaires ; surtout qu'ils ont tous la bonne volonté d'améliorer la mise à disposition des fonds de la CSU aux FOSA	Les délais longs pour la création du programme d'appui à la CSU et du Compte d'affectation spéciale du trésor	Initier à temps les actions de plaidoyer conjoint MINSANTE et PTF dès réception de la circulaire budgétaire de l'année 2025
Existence de la délégation de gestion des fonds de la CSU par les FRPS	Faiblesse des capacités opérationnelles des FRPS	Renforcer les capacités des FRPS en ressources humaines
Existence de l'AT de la GIZ auprès de la CTN CSU	Mise à disposition tardive des fonds pour la GIZ	Anticiper les engagements des crédits budgétaires de l'AT GIZ et faire un plaidoyer pour le décaissement des fonds
Existence de lignes budgétaires pour le financement de la CSU dans la loi des finances	RAS (Rien à signaler)	
Existence de recettes de vente du chèque santé et de l'hémodialyse pouvant être mobilisées dans le cadre du compte d'affectation spéciale du trésor	Retards des FOSA et des FRPS dans reversement des recettes	Exiger le versement périodique des recettes dans le compte Camposte
Volonté de certains bailleurs de fonds de financer la CSU	Conditionnalités financements, Fonds ciblés	Valoriser toutes les contributions de l'Etat Montrer que l'aide publique au développement n'est pas fongible et que la part de l'Etat augmente au fil des ans Mettre en œuvre de mesures favorisant la lisibilité /visibilité de la bonne gestion et la sécurisation des circuits fiduciaires

## 7. SYNTHÈSE DES SCÉNARIOS ET PHASE DE TRANSITION

### 7.1 Rappels sur la problématique, les objectifs et la méthodologie utilisés

La présente étude a permis d'analyser la situation actuelle et projetée des préalables à la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun. Il en ressort que, si la loi constitue une contrainte majeure et un préalable important, des actions de renforcement de l'existant sont capitales pour les progrès vers l'atteinte de la CSU. De ce fait, ces actions ont été définies et mises en cohérence pour constituer une phase transitoire du processus de mise en œuvre de l'organe de gestion de la CSU. Pour rappel l'étude avait pour objectif de : (i) Faire des options d'arrimage ou de création de la fonction de tiers-payant à organisme public ou para public, (ii) réaliser une analyse de benchmarking à cet effet pour définir le positionnement de l'organe de gestion en gestation ; (iii) réaliser pour chaque option une étude organisationnelle ; (iv) réaliser une études économique et financière, et i (v) identifier les grands impacts en termes de ressources humaines financiers, les facteurs de succès et de risques pour chaque option. Pour ce faire, la méthode de collecte des données utilisée a comporté deux composantes : la revue de la littérature et les entretiens semi structurés. En dehors des trois scénarios de base, une étape intermédiaire a été analysée sous forme de phase transitoire. Au cours de cette phase, la CSU phase 1 pourra être consolidée avant la mise en place de l'organe de gestion qui nécessite l'adoption de la loi CSU. Dans cette section, nous analysons l'impact financier des options une à une, les avantages et inconvénients, les conditions de réussite et les risques d'échec de chaque option avant de formuler les actions prioritaires pour la mise en œuvre de chaque option.

### 7.2 Étude comparée des trois scénarios

Tableau 24 : Synthèse de coût financier global sur 6 ans des scénarios en différentes unités monétaires

Scénario	Coût en millions de Francs CFA	Coût en Euros	Coût en USD
Phase de transition	1 650	25 154 088	27 166 415
Scénario 1	23 364	356 179 834	384 674 220
Scénario 2	7 570	115 403 906	124 636 219
Scénario 3	6 491	98 953 556	106 869 841

Source : Élaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude, avril 2024

Il est à préciser que :

- La mise en œuvre de chaque scénario est indépendante des autres scénarii.
- La phase transitoire se cumule nécessairement avec le scénario 3
- Par contre, en cas de choix immédiat du scénario 3, celui-ci pourrait être mis en œuvre immédiatement et se cumulerait plus tard avec un des deux autres scénarios (1 ou 2 qui nécessite l'adoption d'une loi sur l'assurance maladie obligatoire).

En clair, si l'on tient compte du rythme actuel de mise en place de la CSU, il serait pratique de renforcer l'existant en mettant en œuvre la phase de transition, puis de passer au Scénario 3 qui est le fonds spécial.

Toutefois, le gouvernement peut décider de mettre immédiatement en œuvre le scénario 3 sans implémenter une phase de transition. L'évolution du contexte servira de base à la décision du gouvernement dans le choix et la mise en œuvre des options. Si la loi n'est pas adoptée l'organe de gestion restera sous le statut de fonds spécial jusqu'à l'adoption de la loi ouvrant la voie à la mise en œuvre de l'option 1 de la Caisse Nationale CSU ou de l'option 2 consistant à intégrer la gestion de la CSU aux prestations de la CNPS.

Mais il n'est pas non plus exclu que le Gouvernement, dans le cadre d'un sursaut national de marche accélérée vers la CSU, comme observé ici ou là, puisse aller immédiatement au scénario 1 ou 2 en faisant adopter les lois y menant.

Le coût prévisionnel du scénario 1 est plus élevé du fait qu'il s'agira de mettre en place une nouvelle structure avec de nouveaux investissements en équipements, la construction d'un siège et des délégations régionales, l'acquisition du matériel roulant, la prise en charge des salaires du personnel et la mise en œuvre des activités. En ce qui concerne les salaires dans le scénario 1, ils sont estimés à 11 866 060 000 FCFA soit 5,07% du coût global du scénario<sup>1</sup>. Le scénario 2 concernant l'arrimage à la CNPS est moins coûteux du fait que la CNPS dispose déjà de capacités opérationnelles et financières ; tandis le scénario 3 a des coûts plus faibles du fait de la continuité des activités de la phase 1 avec le dispositif existant.

Quelle conclusion peut-on tirer sur la facilité/faisabilité de mise en œuvre des scénarios ?

Les résultats du Tableau 25 qui suit (Evaluation des choix des scénarios) montrent bien que<sup>30</sup> le scénario 3 tient compte des réalités actuelles du Cameroun sur le plan socio politique et législatif et permettrait de renforcer les réalisations actuelles du MINSANTE vers la CSU. Sa mise en œuvre comporte moins de risques d'échec et son coût prévisionnel de mise en œuvre est plus bas que celui des scénarios 1 et 2. De même, au vu des discussions réalisées lors de la mission à Yaoundé avec les différents Ministres concernés par la CSU durant les mois de mars et avril 2024, son acceptabilité institutionnelle par l'ensemble des acteurs de la CSU semble être plausible. Mais étant un scénario provisoire (la collecte des cotisations auprès de l'ensemble de la population devrait se faire sur base d'une loi), tout ce qui contribuerait à hâter la marche vers le scénario 1 ou 2 est à encourager.

---

<sup>30</sup> Tous les trois scénarios sont faisables, raisons pour laquelle ils ont été retenus pour faire les hypothèses

Quant au scénario 1, il exige que la loi CSU soit adoptée par le parlement. Toutefois sa mise en œuvre sera moins facile que les scénarios 2 et 3 au vu des contraintes probables liées aux longs délais d'adoption et de promulgation de la loi ; ainsi que la signature des textes d'application devenus incertains à l'approche des élections présidentielles. De même, le coût prévisionnel de sa mise en œuvre est plus élevé que celui des scénarios 2 et 3. Enfin, le scénario 2, fondé sur l'intégration directe de la CSU dans le cadre institutionnel à la CNPS par une loi<sup>31</sup>, paraît plus contraignant à mettre en œuvre que le scénario 3. Les contraintes sont liées d'une part au contexte politique qui comporte des incertitudes quant au vote de la loi sur la CSU et de ses textes d'application et la révision des statuts de la CNPS dans l'immédiat. D'autre part, il est probable que des lenteurs soient observées dans le déblocage de l'appui financier de l'Etat pour la mise en œuvre des activités de la CSU. De même, le coût prévisionnel de mise en œuvre du scénario 2 est plus élevé que celui du scénario 3.

Partant de cette logique, le MINSANTE peut proposer au gouvernement de commencer avec le scénario 3 ; et passer par la suite au scénario 2 ou 1 selon l'évolution rapide du contexte socio politique du pays ; et de celui de la CSU. L'adoption d'un scénario par les décideurs de la CSU n'exclut pas la poursuite parallèle des efforts pour le passage vers un autre scénario. L'idéal étant la mise en place d'un nouvel organe de gestion de la CSU ; comme prévu dans les documents rédigés lors des travaux préparatoires de l'élaboration de l'avant-projet de loi en 2019.

Cependant, le choix du scénario à mettre en œuvre doit être fait en tenant compte du contexte du Cameroun avec les avantages et inconvénients identifiés. Il reste qu'à ce stade l'équipe de consultants conclut que quel que soit le choix opéré, la fonction fiduciaire qui est la mission de ligne de l'organe de gestion doit être maintenue en son sein et non déléguée. Aussi quelle que soit l'option adoptée, des mesures d'accompagnement, ou encore les préalables, traduits sous forme de plan d'action doivent être mises en œuvre pour garantir l'atteinte des résultats. La faisabilité juridique des scénarios 1 et 2 est plus contraignante que celle du scénario 3 pour lequel une loi existe déjà. La faisabilité technique du scénario 3 est assurée car il s'agit de mettre en place un fonds spécial dont le statut et les mécanismes de mise en place et de fonctionnement sont connus et fonctionnelles au Cameroun puisqu'il existe déjà plusieurs types de fonds sectoriels. Le coût financier du scénario 3 est aussi plus faible, soit 64 milliards FCFA, et le fonds serait financé par des ressources déjà disponibles ou dont la création est possible suivant la loi des finances. Tandis que les deux autres scénarios exigent une création de sources de financement par la loi sur l'assurance maladie obligatoire. Il reste que, contrairement aux scénarios 1 et 2, le fonds spécial issu du scénario 3 ne disposerait pas de prérogatives lui permettant de faire le placement des fonds sur le marché financier.

---

<sup>31</sup> Soit la loi CSU soit une loi sur la sécurité sociale qui lui confère la gestion de la branche maladie

Tableau 25 : Evaluation des choix des scénarios<sup>32</sup>

	Scénario 1					Scénario 2					Scénario 3				
	=	-	0	+	++	=	-	0	+	++	=	-	0	+	++
<b>Avantages</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Renforce le cadre institutionnel de mise en œuvre de la CSU par la mise en place d'un nouvel organe où sont représentées toutes les parties prenantes : Etat, syndicats des travailleurs, employeurs, ligue des consommateurs, ordres professionnels, secteur privé de la santé ; etc....</li> <li>-Opportunités de création et d'appropriation des métiers du tiers-payant par un véritable organisme de prévoyance sociale</li> <li>-Renforcement de la gouvernance locale de la CSU par la création de délégations régionales</li> <li>-Possibilité de créer de la valeur par les placements financiers pour pérenniser le financement de la CSU</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valorisation de l'expertise de la CNPS déjà disponible dans le domaine du tiers-payant</li> <li>-Assurance de la disponibilité constante des fonds pour financer la CSU</li> <li>-Simplification des procédures de décaissement</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rapidité dans le processus de création puisque la loi est disponible</li> <li>-Faible coût du processus de mise en place et fonctionnement</li> <li>-Rapidité dans la mise à disposition des fonds pour le paiement des dépenses de prestations et le fonctionnement des acteurs institutionnels</li> </ul>				
	<b>Appréciation = +++</b>					<b>Appréciation = ++</b>					<b>Appréciation = +</b>				
<b>Inconvénients</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Longs délais de création du fait l'absence de la loi CSU</li> <li>-Budget élevé de mise en place du fait des nouvelles acquisitions des recrutements en nombre important de personnels à former</li> <li>- Nécessité d'étude organisationnelle complémentaire</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nécessité de réformer la CNPS par l'adoption de la loi CSU ou d'une loi sur la sécurité sociale lui permettant de gérer les prestations maladie</li> <li>-Réviser le statut de la CNPS par décret présidentiel</li> <li>-Nécessité de financer la réalisation d'une étude organisationnelle et les réformes à faire</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>-Coût de paiement des organismes de gestion déléguée</li> <li>-Faible professionnalisation des ressources humaines dans le métier du tiers-payant du fait de la délégation de certaines fonctions clés</li> <li>- Morcellement du dispositif frôlant la fragilité</li> <li>-Portage du risque faible en l'absence d'une loi : redevabilité moins affirmée</li> </ul>				
	<b>Appréciation = -</b>					<b>Appréciation = -</b>					<b>Appréciation = -</b>				

<sup>32</sup> Les signes utilisés dans le tableau expriment 0 la neutralité + un impact positif et – un impact négatif

	Scénario 1 = - 0 + ++	Scénario 2 = - 0 + ++	Scénario 3 = - 0 + ++
<b>Facteurs favorables</b>	-Pas d'opposition du gouvernement à la mise en place de l'organe en dehors de la loi qu'il faut attendre -Engagement du Cameroun à la CIPRES pour la mise en place de l'organe de gestion -Option ayant déjà fait l'objet de consensus lors des travaux d'élaboration du projet de loi	-Pas de contrainte financière à la mise en œuvre du processus de réforme -Adhésion des ministères de tutelle technique et financière -Renforce le dialogue social par la représentation des travailleurs et employeurs -Pas d'obstacle technique à l'affiliation des employeurs	-Pas d'opposition des ministres de tutelles technique et financière tant que le fonds ne dépend pas de la subvention de l'Etat -Existence d'organisme de gestion déléguée compétents dans le secteur privé comme dans le secteur public en attente de collaborer à la mise en œuvre de la CSU
	<b>Appréciation = +</b>	<b>Appréciation = ++</b>	<b>Appréciation = +</b>
<b>Risque d'échecs</b>	-Contexte politique marqué par les présidentielles pouvant influencer sur la disponibilité des parlementaires -Contexte économique difficile pour la création d'un nouvel établissement public qui serait à la charge de l'Etat	-Risque de conflits de calendrier du fait des présidentielles pouvant influencer sur la disponibilité des parlementaires	
	<b>Appréciation = -</b>	<b>Appréciation = -</b>	<b>Appréciation = 0</b>
<b>Résultat</b>	Appréciation globale du scénario 1 +	Appréciation globale du scénario 2 +	Appréciation globale du scénario 3 +

*Source : Elaboré à partir du modèle conceptuel de l'étude, avril 2024*

NB : Le choix du scénario doit être fait par les décideurs de la CSU et les partenaires en fonction des contraintes du moment, des facteurs clés de succès (FCS) et des facteurs clé de risques (FCR).

Quel que soit le scénario, il est capital d'adresser les problématiques clés désignées sous formes de préalables dans la présente étude. Sachant que le gouvernement pourrait tarder dans la mise en œuvre d'un des scénarios proposés, une phase de transition est proposée pour renforcer les acquis. Mais le gouvernement pourrait décider d'accélérer la mise en œuvre de la CSU décidant directement de la mise en œuvre d'un des scénarios sans une phase de transition.

Dans tous les cas, les préalables à ces scénarios sont les actions suivantes, qu'il y ait phase transitoire ou pas :

- Redynamiser les réunions du GTN CSU afin de suivre le processus d'adoption de la loi et la résolution des préalables à la mise en place de l'organe de gestion ci-dessous ;
- Consolider la CSU phase 1 en cours afin de capitaliser les acquis de l'expérience ;
- Elaborer ou réviser le plan stratégique de la CSU au Cameroun ;
- Réaliser les études actuarielles de la CSU ;
- Définir le panier de soins et la cotisation à payer ;
- Faire une cartographie de l'offre de soins privée ;
- Rédiger la procédure d'accréditation des FOSA éligibles à la mise en œuvre de la CSU
- Finaliser la classification socioéconomique des acteurs de l'économie informelle pour fixer les strates de la cotisation par catégories de populations ;
- Harmoniser la tarification des actes médicaux ;
- Élaborer le référentiel des actes et tarifs médicaux ;
- Élaborer un plan de déploiement de la solution informatique (le système d'enrôlement, déclaration des prestations effectuées, contrôle des prestations, établissement des bons à payer) ;
- Identifier les sources de financement de l'organe de gestion et les inscrire dans la loi des finances.

## 7.3 Grandes étapes pour la mise en œuvre de chaque scénario

### Plan d'action de la phase transitoire

- *Intervention 1* : Élaborer un document conceptuel pour faire de la CTN CSU une unité administrative de santé
- *Intervention 2* : Inscire la CTN CSU dans l'organigramme du Ministère de la santé publique
- *Intervention 3* : Faire une correspondance au MINFI pour demander la création du CAST pour la CTN CSU devenue une unité administrative du MINSANTE
- *Intervention 4* : Affecter les ressources, la logistique et les crédits de fonctionnement conséquents à la CTN CSU
- *Intervention 5* : Procéder à la nomination des responsables du programme
- *Intervention 6* : Elaborer les circuits de paiement des prestations par la CTN-CSU et les FRPS
- *Intervention 7* : Mettre en place le système d'information de gestion
- *Intervention 8* : Adresser une correspondance au MINFI pour solliciter la mise en place de la procédure de décaissement des fonds à débit automatique.
- *Intervention 9* : Engager des discussions avec la CNPS pour avoir une avance de trésorerie pour le paiement des prestations. Avant d'entamer ces discussions, le MINSANTE devrait analyser le contexte actuel marqué par les griefs des autorités de contrôle contre la gestion des ressources financières de la CNPS par la Direction générale<sup>33</sup>.

La procédure de débit automatique consiste à inscrire dans la loi des finances et pour les crédits correspondants, un mécanisme de décaissement simplifié des ressources. Une fois inscrite dans la loi des finances, le MINFI adresse une correspondance à la Banque centrale pour qu'à des

---

<sup>33</sup> D'après les informations collectées, sous le sceau de la confidentialité, par les consultants lors des entretiens.

dates précisent et sans une demande ou autorisation préalable un montant partiel soit automatiquement décaissé au profit du compte de la structure bénéficiaire. Cela facilitera la promptitude dans la mise à disposition des fonds, principal goulet d'étranglement de la gestion de la CSU phase. A l'analyse, il apparaît que le compte à débit automatique pourrait être institué immédiatement. Il explique alors qu'il faudra un plaidoyer complet et efficace, expliqué et soumis aux services du budget en charge de la préparation du projet de budget, défendu devant les députés, avec des références à la performance, les objectifs à atteindre et les résultats mesurables.

*Intervention 9* : Tenir une séance de travail avec la CNPS pour analyser la possibilité que la caisse fasse des avances de trésoreries au MINSANTE pour le paiement des prestations de soins. Cette procédure peut être facilitée par la signature d'une convention de prêt avec la CNPS sur autorisation du gouvernement et des instances de gestion de la CNPS sous certaines conditions. Mais cette convention ne fait pas de la CNPS un organisme de gestion du tiers payant de la CSU pouvant recouvrer les cotisations sans une loi, affilier et immatriculer les assurés.

### **Plan d'action du scénario 1**

- *Intervention 1* : Réaliser les études sur la tarification et prendre un acte réglementaire pour fixer la tarification applicable dans le cadre de la CSU et élaborer le référentiel des actes médicaux ;
- *Intervention 2* : Réaliser les études actuarielles pour déterminer la cotisation, le panier de soins et le coût de mise en œuvre de la CSU ;
- *Intervention 3* : Faire le plaidoyer pour l'adoption de la loi CSU
- *Intervention 4* : Réaliser l'étude organisationnelle approfondie de la mise en place de l'organe de gestion
- *Intervention 5* : Faire adopter par la loi des finances les sources de financement de la CSU
- *Intervention 6* : *Mettre en place l'Organe de gestion : RH, équipements*
- *Intervention 7* : *Rédiger le manuel des règles et procédures de l'Organe de Gestion*
- *Intervention 8* : *Mettre en place le système d'information de gestion*

### **Plan d'action du scénario 2**

- *Intervention 1* : Réaliser le diagnostic organisationnel et institutionnel de la CNPS
- *Intervention 2* : Modifier la loi portant création de la CNPS, les statuts de la CNPS et son organigramme
- *Intervention 3* : Inscrire les sources de financement de la CSU dans la loi des finances
- *Intervention 4* : Élaborer la stratégie de déploiement de la CSU par la CNPS
- *Intervention 5* : Mettre en place l'équipe additionnelle devant gérer la CSU
- *Intervention 6* : Adapter le manuel de procédures de la CNPS
- *Intervention 7* : Installer le système d'information et de gestion en rendant le logiciel openIMIS et autres outils interopérables avec le système d'information de la CNPS

### **Plan d'action du scénario 3**

- *Intervention 1* : Réaliser l'étude de faisabilité approfondie de la création du Fonds national (FSSS ?) ; la dénomination du fonds devant être choisie de manière à refléter sa mission tout en promouvant son attractivité auprès de la population camerounaise bénéficiaire.
- *Intervention 2* : Créer le fonds national par acte réglementaire du Ministre de tutelle technique
- *Intervention 3* : Élaborer le plan stratégique du développement de la CSU
- *Intervention 4* : Recruter et former le personnel
- *Intervention 5* : signer les conventions de gestion délégué avec les organismes délégués et démarrer les activités.
- *Intervention 6* : Rédiger le manuel des procédures
- *Intervention 7* : Mettre en place le système d'information de gestion.

## 8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE DE L'OGCSU

Au terme de cette analyse des préalables à la mise en place de l'organe de gestion CSU au Cameroun et de l'état des lieux de la CSU phase 1 en cours, les conclusions et recommandations ci-après sont formulées.

### 8.1 Au titre des conclusions

#### 8.1.1 Sur le processus de mise en place de la CSU au Cameroun

Le processus engagé depuis 2015 est inclusif et est conduit de façon méthodique sous l'égide du groupe technique CSU ; avec l'accompagnement des partenaires techniques et financiers.

Les principales parties prenantes du processus sont conscients des enjeux et des défis à relever pour engager des progrès véritables vers la couverture santé universelle. Toutefois, il est important à la lumière des données contextuelles de résoudre les préalables ci-après :

- Renforcer le dialogue social avec toutes les principales parties prenantes afin de prendre en compte leurs préoccupations dans la loi ou les textes d'application sur la couverture sanitaire universelle ;
- Réviser le plan stratégique de développement de la CSU afin de l'adapter au contexte. En effet très peu de personnes rencontrées lors de la mission se réfèrent à la stratégie de développement de la CSU pourtant élaborée depuis 2020.
- Redynamiser les rencontres du GTN CSU pour assurer une veille pour l'adoption de la loi ; mais surtout dans le suivi de la mise en œuvre de la phase 1 de la CSU. En effet, la loi ne devrait pas constituer une fin en soi. De toute évidence lorsqu'en 2017 le président de la République instruisait le gouvernement de mener la réflexion pour faire bénéficier la CSU aux populations on peut estimer qu'il ne s'agissait pas uniquement de l'adoption de la loi ; mais aussi des préalables comme l'adoption d'un panier de soins, d'une cotisation suite à une étude actuarielle, le mécanisme d'identification des indigents ; l'étude du système d'information et de gestion ; les mesures d'amélioration de l'offre de soins, la capitalisation de toutes les expériences de couverture maladie en cours ainsi que le renforcement du dialogue politique et social. C'est dans cette optique que l'équipe de consultants a apprécié positivement la mise en œuvre de la phase 1 en cours et proposé des mesures d'amélioration y afférentes. Sur le plan conceptuel, la CSU phase 1 est un potentiel terreau d'apprentissage des tâches techniques de l'organe de gestion et des autres composantes de la CSU d'une manière globale.
- Évaluer la CSU phase 1 qui constitue une transition vers la CSU pour une meilleure intégration, dans la loi, des évidences découlant de l'environnement d'ordre politique, législatif et institutionnel et dans le montage institutionnel de l'organe de gestion et des autres composantes ;
- Adopter la Politique Nationale de Protection Sociale en Conseil des ministres pour en assurer sa validité politique ;
- Finaliser les paramètres techniques de la CSU ; en particulier le panier de soins et le montant des cotisations ; les référentiels métiers de l'organe de gestion ; ainsi que le cadre institutionnel de mise en œuvre, objet de la présente étude qui en a exploré les préalables ;
- Finaliser le processus d'identification des indigents et de classification de la population par classe économique ; pour faciliter l'application d'une équité contributive dans le

financement de la CSU. Le Registre unifié en cours de déploiement au MINAS peut servir de base pour ce processus

- Finaliser l'estimation du coût prévisionnel de la Couverture Sanitaire Universelle en se fondant sur les réalités économiques du « Cameroun émergent ».

### 8.1.2 Sur la mise en place de l'organe de gestion

L'étude conclut que la mise en place de l'organe de gestion est faisable. Cependant, plusieurs préalables pouvant faire obstacle au déploiement de l'organe de gestion existent. Parmi ces obstacles le vote de la loi constitue un défi majeur. En dehors de la loi, d'autres préalables doivent être pris en compte afin de faciliter la mise en place de l'organe de gestion. Il s'agit en particulier de la réalisation des études actuarielles, une étude sur le panier de soins, l'étude organisationnelle de l'organe de gestion, une étude sur l'harmonisation des protocoles de soins et des tarifs des intrants médicaux et des actes des professionnels de santé, et la capitalisation des mécanismes des tiers-payant en cours dans la CSU Phase I. La portée de ces préalables est fonction des scénarios de mise en place de l'organisme de gestion.

Les conclusions les plus importantes par scénario sont présentées ci-dessous.

#### Premier scénario 1

##### **L'État du Cameroun peut créer un organisme public assurant la fonction de tiers-payant de la CSU.**

Ce scénario est fondé sur la création d'un nouvel organe de gestion de la CSU dénommé Caisse nationale de la couverture santé universelle (CN CSU), tel que recommandé par les participants aux travaux préparatoires de l'avant-projet de loi CSU. Ainsi, l'organe de gestion pourra développer toutes les fonctions d'une caisse nationale d'assurance maladie universelle et en particulier :

- Affilier et immatriculer les bénéficiaires ;
- Mobiliser et mettre en commun les ressources ;
- Signer une délégation de gestion avec les fonds régionaux pour la promotion de la santé chargée du paiement des FOSA, de la sensibilisation et mobilisation des populations au niveau régional ;
- Négocier les conventions de soins avec les prestataires de service de santé
- Organiser comment va se faire le contrôle médical ; etc.

Ce scénario prend du temps pour son implémentation et a un coût élevé du fait qu'il s'agira de déployer un établissement public ; aussi bien au niveau central que régional. Il a l'avantage de renforcer l'ancrage institutionnel de l'organe de gestion et de renforcer sa gouvernance par la participation des principales parties prenantes à sa gestion (Etat, employeurs, travailleurs, ordres professionnels, associations des consommateurs ; etc.)

Les principaux préalables à la mise en œuvre de ce scénario sont :

- La nécessité du vote préalable de la loi CSU ;
- La réalisation des études actuarielles pour déterminer le niveau, les modes de financement et le taux de cotisation, l'étude sur le panier de soins, l'étude du système d'information digitalisée ;

- L'élaboration du référentiel métiers de l'organe de gestion ;
- L'harmonisation de la tarification des structures sanitaires du pays par niveaux, du fait de la forte disparité des tarifs entre prestataires de soins ;
- L'élaboration du répertoire des actes médicaux et leur codification unifiée afin de faciliter l'estimation des coûts des prestations et la gestion du système d'information ;
- L'élaboration de la cartographie du secteur privé de la santé ;
- Les réformes fiscales dans la loi des finances pour assurer le financement de la CSU ;
- L'étude sur la classification socio-économique des populations afin de faciliter l'instauration d'une équité contributive et le costing de la CSU.

## Deuxième scénario 2.

### **L'État Camerounais peut décider d'arrimer la fonction de tiers-payant à un organisme public ou para public suite à une réforme.**

Il s'agit d'une intégration de la fonction du tiers-payant dans le mandat de la CNPS. L'analyse a montré que cette option avait des coûts abordables du fait que la CNPS dispose déjà de la logistique, des ressources humaines et des infrastructures minimales, d'une expertise dans ce domaine et d'une capacité financière et du droit de lever des fonds. Cependant, plusieurs préalables sont à réunir pour opérationnaliser cette option. Il s'agit de :

- La nécessité de disposer de la loi sur la CSU ; sinon d'une loi qui lui confie le mandat de gérer les prestations maladies pour les nouveaux bénéficiaires de la CSU. Autrement dit, il s'agit d'une manière générale de la réforme de la CNPS ; aussi bien par voie législative que réglementaire ;
- L'élaboration d'un plan d'intégration de la branche maladie CSU dans la CNPS ;
- La réalisation d'un diagnostic organisationnel et institutionnel de la CNPS pour s'assurer que l'intégration de la fonction du tiers-payant de la CSU ne déstructurera pas le mandat initial de la CNPS ;
- La réalisation des études complémentaires liées à la faisabilité de la mise en œuvre de la CSU listées dans le scénario 1 ;
- L'élaboration du référentiel métiers pour les recrutements et la gestion des carrières du personnel de l'organe de gestion de la CSU ;
- La réalisation des réformes fiscales pour assurer le financement pérenne de la CSU.

## Troisième scénario 3.

### **Création d'un Fonds Spécial avec une délégation de gestion de certaines fonctions du tiers-payant à un organisme public ou para public existant, suite à la signature d'une convention**

La formulation de ce scénario est basée sur le principe de subsidiarité. Il s'agit d'une option de création d'un établissement public national avec la possibilité que cet établissement public délègue par convention, la gestion de tout ou partie de certaines de ses fonctions à un (des) organisme(s) public (s) ou para public(s). Les principales fonctions que l'organe de gestion peut déléguer ont été analysées : la mobilisation des financements (cotisations, taxes et subventions), l'immatriculation des assurés, la signature des conventions avec les formations sanitaires, le paiement des prestations réalisées par les FOSA au profit des populations et la réalisation du contrôle médical des prestations. Le statut d'un Fonds spécial d'accès aux services de santé

(F3S ou FSSS) est proposé pour l'organe de gestion dans ce scénario. Il appartiendra à l'autorité habilitée de le baptiser avec un nom de son choix.

Comparativement aux deux autres scénarios, le principal enjeu de ce scénario est le fait que son opérationnalisation n'est pas conditionnée nécessairement par l'adoption de la loi sur la CSU qui constitue l'un des défis majeurs de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun. Sa mise en place est possible en application de la loi cadre sur la politique de santé. De fait, c'est un scénario qui exige moins de préalables contextuels contraignants. Son ancrage institutionnel sera au Ministère de la santé. Sur le plan organisationnel il aura des structures légères. Le choix est donné au MINSANTE de le créer sous forme de fonds par une disposition de la loi des finances ou de le créer sous forme d'établissement public de l'Etat sur la base de la loi N° 2017/010 portant statut général des établissements publics de l'Etat.

Aussi, avec ce scénario le cadre institutionnel de la gestion du tiers-payant reposera sur la séparation des fonctions de prestataire de soins, le tiers vendeur et du tiers acheteur de services de santé et le régulateur.

### **Phase de transition.**

#### **Le renforcement des capacités administratives, techniques et opérationnelles de la CTN-CSU dotée d'un CAST permettra d'assurer une transition vers la mise en place d'un organisme de gestion.**

L'étude a mis en exergue la nécessité de renforcer la mise en œuvre de la phase 1 de la CSU par le renforcement du cadre institutionnel de la Cellule technique nationale. La CTN CSU peut être intégrée dans l'organigramme du MINSANTE. Sans être une option de l'étude, elle peut faire partie d'une phase de transition vers la mise en place de l'organe de gestion et peut constituer à ce titre un préalable important. La création d'une CTN CSU sous forme d'une unité technique et administrative ne nécessite pas l'adoption de la loi CSU. D'ailleurs, cette unité pourrait avoir pour mission de conduire le processus d'adoption de la loi CSU. Doter la CTN CSU d'un compte d'affectation spéciale du trésor est bien possible si le Ministre de la santé publique et le Ministre des finances en conviennent. Cette phase de transition est plus que nécessaire pour améliorer la coordination des activités de la CSU phase1 et la mise à disposition des fonds destinés au paiement des prestations des FOSA, principal obstacle relevé par l'analyse de la performance de la phase 1. Pour créer le programme d'appui à la CSU, il faudra au préalable :

- Ecrire un document conceptuel à soumettre à l'appréciation du Ministre de la santé ;
- Faire le plaidoyer au Ministère des finances pour l'inscription de la CTN CSU comme unité administrative du MINSANTE.

Faire le plaidoyer pour la création d'un Compte d'affectation spéciale du trésor au profit de la CSU et dans ce cadre. Aussi, en 2024 le MINFI a exigé que les recettes de ventes du Chèque santé soient reversées dans un compte ouvert à la banque postale (CAMPOSTE) et un régisseur a été nommé à cet effet par décision N°23/00000618/D/MINFI/CAB du 13 juin 2023. Dans ce cadre, il est possible de centraliser les recettes du chèque santé et les cotisations pour la dialyse, dans le compte CAMPOST pour valoriser et rendre transparente la gestion de leurs contributions au financement de la CSU.

## 8.2 Au titre des recommandations

Du fait que la dynamique observée en 2020 pour la mise en place de la CSU n'a plus la même vitalité, la mission formule les **12 recommandations qui suivent, classées en 3 catégories**, avec les activités rattachées, (confère Tableau 26 ci-dessous) :

- A Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU**
- B Mettre en place l'Organe de gestion de la CSU (OGCSU)**
- C Renforcer la gouvernance de la CSU**

Tableau 26 : Tableau synthétique des recommandations de l'étude

<b>A</b>	<b>Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU</b>
A1	Capitaliser sur les acquis de l'expérience afin de consolider les acquis de la CSU – Phase I
A2	Mener les études complémentaires pour la CSU et l'OGCSU
A3	Appuyer le cadrage stratégique et opérationnel de la mise en œuvre de la CSU
<b>B</b>	<b>Mettre en place l'OGCSU</b>
B1	Décider sur les aspects institutionnels de l'OGCSU
B2	Organiser la gestion opérationnelle de la CSU
B3	Poursuivre le développement de la plateforme informatique
<b>C</b>	<b>Renforcer la gouvernance de la CSU</b>
C.1	Dynamiser les rencontres du Groupe technique national CSU (GTN CSU)
C.2	Renforcer la capacité administratives, technique et opérationnelle de la CTN CSU
C.3	Légiférer sur la CSU
C.4	Accompagner la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun

Les recommandations sont déclinées au point 9 à travers un tableau présentant la mise en œuvre opérationnelle des recommandations dans le temps.

La mise en œuvre est établie mensuellement sur une période de 12 mois (de M1 à M12). Il s'agit d'une programmation tout à fait indicative et il est probable que l'ensemble de la mise en œuvre nécessite une durée plus longue. Cependant, les chemins critiques permettant de dérouler toutes les recommandations et les principales activités y afférentes sont identifiés (les préalables requis avant chaque activité sont précisés dans le tableau détaillé). Cette disposition permet, en cas de retard dans la mise en œuvre d'une recommandation, de ne pas brûler les étapes et ainsi de conserver la cohérence nécessaire à l'atteinte des résultats escomptés au rang desquels la mise en place de l'Organe de gestion de la CSU est centrale, au titre de la présente étude.

### A Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU

L'analyse des composantes de la CSU est rendue difficile par le manque d'études techniques récentes et l'absence de document stratégique. Les travaux préalables visent à fournir le cadre général nécessaire à l'opérationnalisation de la CSU

#### A1 Capitaliser sur les acquis de l'expérience afin de consolider les acquis de la CSU

Afin de mieux tirer parti des expériences du passé pour parvenir aux objectifs de CSU dans les meilleures conditions d'efficacité et d'efficience, il s'agira de capitaliser en continu dans l'esprit

du management des connaissances (knowledge management), qui vise, selon la norme ISO 30401 à « aider les organismes à concevoir un système de management qui valorise et facilite la création de valeur grâce aux connaissances »<sup>34</sup>.

La capitalisation complètera ainsi le système de suivi et d'évaluation de la CSU à mettre en place, avec au cœur de ce système des indicateurs, et pourra par exemple se matérialiser par la mise en place de Communautés de pratiques, d'activités d'analyse des retours d'expérience, de page wiki, etc.

Cette recommandation est déclinée en 2 activités clés comme suit :

A1.1	Définir les indicateurs de résultats pour le suivi et l'évaluation de la CSU
A1.2	Mettre en œuvre les activités de capitalisation programmées et faire le suivi des indicateurs de résultats

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: M1 (mois 1) puis en continu pour la capitalisation*

## **A2 Mener les études complémentaires pour la CSU et l'OGCSU**

La réalisation d'études complémentaires à la présente et aux autres déjà réalisées permettra d'éclairer les décideurs, en particulier dans le domaine du financement de la CSU, dans le domaine de la prise en charge médicale et en ce qui concerne la mutualisation des régimes d'assurance maladie et les ressources humaines à mobiliser et à organiser.

Cette recommandation est déclinée en 4 activités clés regroupant des études pouvant être menées en mobilisant des expertises similaires comme suit :

A2.1	Réaliser une étude sur les sources de financement et les modalités de mobilisation des ressources de la CSU
A2.2	Réaliser une étude sur le panier de soins, protocoles de soins, la nomenclature des actes
A2.3	Réaliser une étude actuarielle incluant : la cartographie de l'offre de soins privée, l'étude sur la propension à payer, la classification socioéconomique des acteurs de l'économie informelle pour stratifier la cotisation de la population et la tarification des prestations
A2.4	Réaliser une étude sur le référentiel métiers en cohérence avec les fonctions type de l'organe selon le scénario retenu

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: M12*

## **A3 Appuyer le cadrage stratégique et opérationnel de la mise en œuvre de la CSU**

L'une des insuffisances actuelles de la CTN-CSU est l'absence d'un plan d'action consensuel cohérent et d'un manuel de procédures finalisé adapté au panier de soins et au contexte de mise en œuvre de la CSU phase1. Vu la nécessité de disposer d'un document de planification

<sup>34</sup> ISO 30401:2018(fr) Systèmes de management des connaissances (<https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:30401:ed-1:v1:fr:sec:B>)

conforme aux standards, une expertise du P4H a été sollicitée, en avril 2024, pour accompagner l'élaboration d'un plan stratégique de la CSU.

Le cadrage stratégique a pour objectif principal de déterminer les actions à entreprendre pour réaliser la vision et atteindre les objectifs de CSU. Elle implique l'évaluation des forces et des faiblesses, ainsi que des opportunités et des menaces. La planification stratégique fixera le cadre et sera assortie d'un plan de gestion des risques qui permettra d'assurer la continuité, tout au long de l'exécution du plan stratégique, d'anticiper et de réagir le cas échéant aux crises qui pourraient survenir. A partir de ce cadre, il s'agira d'élaborer le plan d'affaires (Business Plan) de la CSU précisant le déploiement de la CSU à la fois en terme organisationnel, opérationnel et financier en prenant en compte les études préalables notamment celles portant sur le financement de la CSU.

Cette recommandation est déclinée en 3 activités clés comme suit :

A3.1	Elaborer/réviser le plan stratégique de la CSU au Cameroun, en tirant les leçons de la CSU phase 1
A3.2	Elaborer le plan de gestion des risques découlant du plan stratégique
A3.3	Elaborer le plan d'affaire (business plan) de la CSU

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: M11*

## **B Mettre en place l'Organe de gestion de la CSU (OGCSU)**

### **B1 Décider sur les aspects institutionnels de l'OGCSU**

Une fois le choix de scénario fait par le gouvernement (voir C2.1) il s'agira de prendre les actes réglementaires créant l'organe de gestion de la CSU qui sera mis en place progressivement grâce au renforcement de la gouvernance de la CSU (Recommandations catégorie C) et à la réalisation des travaux préalables (recommandations catégorie A).

Dans ce cadre, le MINSANTE devrait discuter avec le MINIFI de la création d'un Compte d'affectation spéciale (CAS) du trésor pour faciliter la mise à disposition des fonds de la CSU. Plusieurs observateurs avertis ont expliqué la réticence qu'aurait le MINIFI à accorder l'autorisation de création de ce CAS ; du fait qu'il existe une multitude de comptes séquestres dans les ministères, le MINSANTE compris. Aussi, ces CAS sont alimentés par des recettes non fiscales dont ni le Ministère sectoriel ni le trésor ne suivent la gestion. Il en résulte un phénomène de thésaurisation des ressources financières qui échappent à tout contrôle et l'utilisation. En réponse à cet argument, il est évident que dans le cadre de la mise en œuvre de la CSU, qui est un mécanisme nécessitant des flux financiers de manière continue, une thésaurisation ne pourrait être observée. Vu que le CAST est créé par la loi des finances, il est important que le MINSANTE engage cette discussion ; afin qu'en 2025 la CTN CSU soit dotée d'un CAS pour lui permettre de payer les prestations et les dépenses de fonctionnement à bonne date.

Cette recommandation est déclinée en 2 activités clés comme suit :

B1.1	Prendre les actes créant l'organe de gestion selon le scénario retenu
B2.2	Créer un Compte d'affectation spéciale du trésor (CAST) pour faciliter la mise à disposition des fonds de la CSU

*Responsable de mise en œuvre : Services du Premier Ministère*

*Echéance: M3*

### **B2 Organiser la gestion opérationnelle de la CSU**

Les actes médicaux sont à codifier selon une classification internationale sous forme alphanumérique (lettres et chiffres), chaque code répondant à un acte médical précis quelle que

soit la formation sanitaire. Ce qui permettra de disposer d'un référentiel normé des actes médicaux ainsi que des produits de santé.

Ce langage médico technique est aussi transmis aux informaticiens en charge de la configuration des prestations. A ces codes sont affectés les tarifs bien définis. Autrement dit, un code doit avoir la même tarification dans toutes les formations sanitaires du pays selon leur niveau dans la pyramide sanitaire. Le MINSANTE a commencé ces travaux au cours des deux dernières années. Leur achèvement constitue un préalable qui facilitera le travail de l'organisme de gestion après sa mise en place.

De même, l'harmonisation des protocoles de soins ou ordinogrammes, est à faire pour que par pathologie, ce soient les mêmes intrants et actes médicaux applicables pour l'ensemble du pays. Par exemple, il faudrait que le traitement du paludisme présentant le même diagnostic soit le même sur l'ensemble du pays.

Pendant que certaines formations sanitaires appliquent une tarification datant de plus de 30 ans, d'autres ont réussi à faire valider de nouvelles tarifications par leur conseil d'administration. hors de portée des plus pauvres, Cette pratique est périlleuse pour la bonne gestion des ressources financières de la CSU et la cohérence du système d'information. Par ailleurs, elle rend difficile le costing de la CSU, le contrôle médical des prestations et la gestion du risque financier. Avec le déploiement du logiciel openIMIS au Cameroun depuis 2023, l'organe de gestion doit faire l'élaboration d'un manuel de procédures opérationnelles harmonisées pour la configuration des prestations avec leurs tarifs standardisés. Pour anticiper une telle contrainte, le MINSANTE peut procéder à l'harmonisation des tarifications par voie d'autorité ou élaborer une tarification à appliquer dans le cadre de l'achat des soins de la CSU suite à une étude approfondie. Les tarifs ainsi homologués pourraient être intégrés dans le manuel de procédures de l'organe de gestion.

Le manuel de procédures de gestion des ressources sera élaboré suivant les décisions prises à l'issue de l'étude correspondante (A2.1) et il permettra de préciser les flux et modalités concernant les recettes et les dépenses de la CSU.

Cette recommandation est déclinée en 6 activités clés comme suit :

B2.1	Finaliser le référentiel des actes médicaux sous le leadership du Ministère de la santé
B2.2	Harmoniser la tarification des prestations à acheter par l'organe de gestion de la CSU.
B2.3	Élaborer les procédures d'accréditation des FOSA partenaires de la CSU : critères, procédure, acteurs, planning
B2.4	Élaborer les procédures de la gestion déléguée de la CSU par l'OGCSU
B2.5	Élaborer le manuel des procédures opérationnelles de la CSU
B2.6	Élaborer le manuel de procédure de gestion des ressources financières de la CSU.

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Échéance: M9*

### **B3 Poursuivre le développement de la plateforme informatique**

Poursuivre le développement de la plateforme informatique permettra d'anticiper les risques opérationnels majeurs d'une gestion manuelle des procédures de gestion de la couverture santé universelle.

A l'ère de la digitalisation et de la dématérialisation des processus de gestion, la mise en place et la maintenance de plateforme informatique prend une dimension primordiale dans la stratégie de déploiement de l'organe de gestion du tiers payant. Le lien entre logiciel de gestion, rationalisation des ressources financières, humaines (ergonomie), transparence et de lutte contre

les fraudes médicales et autres abus est si évident que les efforts actuels entrepris pour développer le logiciel openMIS et le rendre interopérable avec les autres outils doivent être maintenus et poursuivis. Cette recommandation englobe les activités clés permettant d’assurer la continuité de l’adaptation de l’outil informatique ; les développements informatiques et activités d’accompagnement (formation, maintenance, ...) devant se dérouler en continu.

Cette recommandation est déclinée en 3 activités clés comme suit :

B3.1	Élaborer le cahier des charges des spécifications fonctionnelles et techniques
B3.2	Recruter un prestataire de service pour assurer le développement et la maintenance
B3.3	Élaborer un plan de déploiement de la solution informatique

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: M6*

## C Renforcer la gouvernance de la CSU

La disponibilité des acteurs formés en gouvernance et gestion est capitale pour la poursuite des efforts en vue de l’atteinte des objectifs de mise en place de la CSU. Ces actions de gouvernance concernent aussi la promotion du dialogue social et la coordination d’ensemble du processus de mise en place de la CSU.

### C.1 Dynamiser les rencontres du Groupe technique national CSU (GTN CSU)

Il s’agit de dynamiser les rencontres du Groupe Technique National CSU et de les centrer sur le suivi de la mise en œuvre de la phase 1: des études à réaliser et d’autres actions permettant de résoudre les préalables au déploiement du régime en attendant le vote de la loi qui, même si elle était adoptée dans l’immédiat, ne permettrait pas de passer à la mise en œuvre immédiate de la CSU.

Le GTN CSU devra notamment analyser les options de mise en place de l’organe de gestion de la CSU. Il a été noté dans ce rapport que le GTN CSU ne devrait pas limiter ses réflexions à l’élaboration et à la transmission de la loi. En tant que cheville ouvrière de la conduite du processus de mise en œuvre de la CSU au Cameroun, le GTN devrait engager la réflexion sur la résolution des questions préalables à la mise en place de la CSU parmi lesquelles l’option de mise en place de l’organisme de gestion. Pour ce faire, le MINSANTE qui assure le leadership du GTN CSU, devrait assurer la production des études de faisabilité et la réalisation des actions prioritaires ; y compris les préalables définis dans le présent rapport ; et alimenter la réflexion sur ces questions au niveau du GTN CSU sur les fondamentaux de la CSU.

Un de ces préalables devrait être de choisir un des scénarios proposés dans la présente étude ou en déduire un scénario ad hoc et réaliser un étude organisationnelle approfondie de l’organe de gestion proposé par ce scénario ; la présente étude ayant déjà fourni les éléments conceptuels de base qui sont mis à disposition du gouvernement pour ce faire.

Un autre préalable serait de revoir le mécanisme de coordination de la CSU. Il ressort des discussions avec les acteurs que depuis sa création en 2023, ce n’est qu’en avril 2024 que la CTN a tenu sa première réunion de coordination sur le terrain avec les DRSP et les FRPS. Si le facteur qui explique cette insuffisance se trouve dans le manque de ressources financières ; il n’en demeure pas moins que le fonctionnement non optimal de la CTN – CSU a été à la source de plusieurs dysfonctionnements dans certaines régions. Pour l’atteinte des objectifs elle doit

veiller à la tenue régulière des réunions de coordination inter régionales, au renforcement des capacités des acteurs et au déploiement progressif et coordonné de la solution informatique openMIS et au suivi de son interopérabilité avec Metabase et Camerhealth. Cela permettra d'éviter l'inertie observée dans certaines unités techniques régionales de la CSU et la mise en œuvre différenciée des orientations données par le niveau central.

Cette recommandation est déclinée en 4 activités clés comme suit :

C1.1	Analyser les options de mise en place de l'organe de gestion de la CSU au sein du Groupe technique national CSU
C1.2	Choisir un des scénarios proposés dans la présente étude
C1.3	Revoir le mécanisme de coordination de la CSU
C1.4	Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la CSU

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: M2 pour les activités 1 à 3 puis en continu (semestriellement) pour l'activité 4*

## **C.2 Renforcer les capacités administratives, techniques et opérationnelles de la CTN CSU**

Après analyse, il est recommandé de positionner la CTN dans l'organigramme du MINSANTE afin de renforcer sa visibilité et ses pouvoirs en tant qu'unité administrative du département. L'opportunité de la mission P4H d'appuyer l'élaboration du plan stratégique (voir A3.1) pourrait être saisie pour en faire une base de renforcement des capacités de la CTN CSU. Dans cette dynamique, le canevas et processus de création d'une unité administrative dans l'organigramme du MINSANTE doivent servir de référence lors de ces travaux de réforme.

La CTN CSU « réformée » vise à la repositionner à un niveau qui renforce ses capacités techniques et administratives pour faciliter la coordination de la CSU Phase1 ; en passant du statut de cellule à une unité inscrite dans l'organigramme. Il peut être attendu de la DEP et de la DRFP qu'elles initient ce processus, à temps, pour permettre cette réforme de la CTN CSU au moment de l'élaboration du projet de loi des finances 2025.

Pour la mise en œuvre des activités de la CSU, la CTN ne dispose pas de plan d'actions ni d'outils de suivi-évaluation et rapportage, conformes aux normes et standards, à l'intention des acteurs internes et externes (FRPS). De ce fait, la redevabilité et la performance attendues dans la mise en œuvre des activités sont compromises. Pour améliorer ses interventions, elle doit élaborer des directives et cadres de planification et des canevas de rapportage à l'intention des FRPS et DRSP. L'accompagnement de la GIZ qui assure l'assistance technique lui est très utile et devrait être sollicitée en ce sens.

L'une des faiblesses de la CTN CSU est le manque de ressources humaines dédiées exclusivement à la mise en œuvre de la CSU phase 1. Chaque responsable de la CTN reste agent d'une direction centrale et participe aux activités de la CSU le moment venu. Dans ce contexte, il est improbable de garantir l'efficacité dans la mise en œuvre des activités. Pour pallier cette insuffisance, l'AFD a contribué à financer l'assistance technique de la GIZ. Mais celle-ci ne saurait remplacer la réalisation des tâches régaliennes de la CTN CSU. C'est pourquoi, sa mutation en programme national est proposée.

Cette recommandation est déclinée en 4 activités clés comme suit :

C2.1	Finaliser et diffuser le manuel de procédures de gestion opérationnelle des interventions de la CSU phase 1 par la CTN, les modalités du contrôle médical des
------	---

	prestations, la répartition des tâches du personnel interne ; y compris le régisseur du compte CAMPOSTE
C2.2	Positionner la CTN CSU dans l'organigramme du MINSANTE
C2.3	Élaborer et utiliser des cadres et directives de planification et de reporting conformes aux normes professionnelles dans le domaine afin d'améliorer la performance de la CTN CSU dans la coordination de la gestion déléguée de la fonction de tiers payant par les FRPS
C2.4	Doter la CTN CSU en ressources humaines qualifiées et suffisantes
C2.5	Instaurer la mesure de débit automatique, au niveau de la Banque centrale, dans les mécanismes de paiement facilité des prestations de la CSU

*Responsable de mise en œuvre : MINSANTE*

*Echéance: à fixer par qui de droit*

### **C.3 Légiférer sur la CSU**

Comme l'a montré l'étude de benchmarking, les pays qui ont réussi à faire des progrès significatifs vers l'atteinte de la couverture universelle sont ceux qui ont adopté une législation sur l'assurance maladie obligatoire et instauré un financement fondé sur l'impôt et les cotisations. Le Cameroun doit définir une législation sur la CSU qui exprimera et donnera le cadre nécessaire en y traduisant les décisions stratégiques qui sont prises par le gouvernement.

La vulgarisation de la Loi sur la CSU sera d'importance majeure pour permettre aux acteurs de tous les secteurs (gouvernement et pans de la société) impliqués dans la mise en œuvre de la CSU d'en maîtriser les enjeux et de respecter les règles fixées.

Cette recommandation est déclinée en 2 activités clés comme suit :

C.3.1	Elaborer un projet de loi qui tienne compte des recommandations des différentes études sur la CSU
C.3.2	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour un suivi de processus de transmission et d'adoption du projet de loi par le parlement

*Responsable de mise en œuvre : Services du Premier Ministère*

*Echéance: à fixer par qui de droit*

### **C4. Accompagner la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun**

L'analyse de la situation a montré que les pays qui ont pu mettre en œuvre la CSU ont eu recours à une assistance technique. Au Cameroun, l'AFD a apporté son appui à la phase 1 de la CSU. Cette assistance technique devrait se poursuivre et s'étendre à la mise en place et l'opérationnalisation de l'organe de gestion de CSU durant la période exigée par le scénario retenu.

C.4.1	Formuler un projet d'assistance technique à la mise en place de l'organe de gestion de la CSU
C.4.2	Faire le plaidoyer auprès de l'AFD pour financer l'ATI à la mise en place de l'organe de gestion (MINSANTE, MINFI MINEPAT)
C.4.3	Appuyer la mise en place de l'organe de gestion et le démarrage de ses activités

*Responsable de mise en œuvre : MINSNATE/AFD*

*Echéance : à fixer de concert avec l'AFD*

## 9. DIAGRAMME DE GANTT SUR LA SEQUENCE DES RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre des recommandations est établie mensuellement sur une période de 12 mois (de M1 à M12). Il s'agit d'une programmation tout à fait indicative et il est probable que l'ensemble de la mise en œuvre nécessite une durée plus longue. Cependant, les chemins critiques permettant de dérouler toutes les recommandations et les principales activités y afférentes sont identifiés (les préalables requis avant chaque activité sont précisés dans le Tableau 27). Cette disposition permet, en cas de retard dans la mise en œuvre d'une recommandation, de ne pas brûler les étapes et ainsi de conserver la cohérence nécessaire à l'atteinte des résultats escomptés au rang desquels la mise en place de l'Organe de gestion de la CSU est centrale, au titre de la présente étude.

Tableau 27 : Diagramme de Gantt sur la séquence des recommandations

N°	Catégories / Activités	Préalable requis / Chemin critique	Temps prévisionnel de réalisation											
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
<b>A</b>	<b>Réaliser les travaux préalables à la mise en place de l'OGCSU</b>													
A1	Capitaliser sur les acquis de l'expérience afin de consolider les acquis de la CSU – Phase I													
A1.1	Définir les indicateurs de résultats pour le suivi et l'évaluation de la CSU	Plan stratégique CSU												
A1.2	Mettre en œuvre les activités de capitalisation programmées et faire le suivi des indicateurs de résultats	A1.1												
<b>A2</b>	<b>Mener les études complémentaires pour la CSU et l'OGCSU</b>													
A2.1	Réaliser une étude sur les sources de financement et les modalités de mobilisation des ressources de la CSU	A3.1 Plan stratégique												
A2.2	Etude sur le panier de soins, protocoles de soins, la nomenclature des actes	A3.1 Plan stratégique												
A2.3	Réaliser une étude actuarielle incluant: la cartographie de l'offre de soins privée, l'étude sur la propension à payer, la classification socioéconomique des acteurs de l'économie informelle pour stratifier la cotisation de la population et la tarification des prestations	A3.1 Plan stratégique												

N°	Catégories / Activités	Préalable requis / Chemin critique	Temps prévisionnel de réalisation											
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
A2.4	Réaliser une étude sur le référentiel métiers en cohérence avec les fonctions type de l'organe selon le scénario retenu	C1.2 Choix du scénario par le gouvernement												
<b>A3</b>	<b>Appuyer le cadrage stratégique et opérationnel de la mise en œuvre de la CSU</b>													
A3.1	Elaborer/réviser le plan stratégique de la CSU au Cameroun, en tirant les leçons de CSU phase I	Délai immédiat												
A3.2	Elaborer le plan de gestion des risques découlant du plan stratégique	A3.1 Plan stratégique												
A3.3	Elaborer le plan d'affaire (business plan) de la CSU	A3.1 Plan stratégique A2.1 Etude financement												
<b>B</b>	<b>Mettre en place l'OGCSU</b>													
<b>B1</b>	<b>Décider sur les aspects institutionnels de l'OCGSU</b>													
B1.1	Prendre les actes créant l'organe de gestion selon le scénario retenu	C1.2 Choix du scénario par le gouvernement												
B2.2	Créer un Compte d'affectation spéciale du trésor (CAST) pour faciliter la mise à disposition des fonds de la CSU	C2.1 Inscription de l'organe comme un Programme nationale du MINSANTE												
<b>B2</b>	<b>Organiser la gestion opérationnelle de la CSU</b>													
B2.1	Finaliser le référentiel des actes médicaux sous le leadership du Ministère de la santé	A2.3 Étude sur le panier de soins												
B2.2	Harmoniser la tarification des prestations à acheter par l'organe de gestion de la CSU.	A2.3 étude tarification												
B2.3	Élaborer les procédures d'accréditation des FOSA partenaires de la CSU : critères, procédure, acteurs, planning	A2.3 Etude actuarielle												
B2.4	Élaborer les procédures de la gestion déléguée de la CSU par l'OGCSU	A3.1 Plan stratégique et B2.1 Acte de mise en place de l'organe												
B2.5	Élaborer le manuel des procédures opérationnelles de la CSU y compris le manuel de gestion des prestations et le contrôle médical	A2.2 Etude sur le panier de soins B2.1 création de l'organe												

N°	Catégories / Activités	Préalable requis / Chemin critique	Temps prévisionnel de réalisation											
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
B2.6	Élaborer le manuel de procédure de gestion administratives comptables et financières des ressources financières de la CSU.	A2.1 Etude financement												
<b>B3</b>	<b>Poursuivre le développement de la plateforme informatique</b>													
B3.1	Élaborer le cahier des charges des spécifications fonctionnelles et techniques	B2.5 Manuel des opérations												
B3.2	Recruter un prestataire de service pour assurer le développement et la maintenance	B3.1 cahier de charges												
B3.3	Élaborer un plan de déploiement de la solution informatique	B3.2 recrutement prestataire												
<b>C</b>	<b>Renforcer la gouvernance de la CSU</b>													
<b>C.1</b>	<b>Dynamiser les rencontres du Groupe technique national CSU (GTN CSU)</b>													
C1.1	Analyser les options de mise en place de l'organe de gestion de la CSU au sein du Groupe technique national CSU et Choisir un des scénarios proposés dans la présente étude	Sans délais												
C1.2	Choisir un des scénarios proposés dans la présente étude	C1.1 Analyse des options												
C1.3	Revoir le mécanisme de coordination de la CSU	C1.2 Choix du scénario par le gouvernement												
C1.4	Assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la CSU	A1.1 Définition des indicateurs												
<b>C.2</b>	<b>Renforcer la capacité administratives, technique et opérationnelle de la CTN CSU</b>													
C2.1	Finaliser et diffuser le manuel de procédure de gestion opérationnelle des interventions de la CSU phase par la CTN, les modalités du contrôle médicale des prestations, la répartition des tâches du personnel interne ; y compris le régisseur du compte CAMPOSTE	C1.2 Choix du scénario par le gouvernement												
C2.2	Positionner la CTN CSU dans l'organigramme du MINSANTE	C2.1 Elaborer le document technique												
C2.3	Élaborer et utiliser des cadres et directives de planification et de rapportage avec l'appui de la GIZ afin d'améliorer la performance de la CTN	A3.1 Plan stratégique												

N°	Catégories / Activités	Préalable requis / Chemin critique	Temps prévisionnel de réalisation											
			M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12
	CSU dans la coordination de la gestion du tiers payant par les FRPS													
C2.4	Doter la CTN CSU en ressources humaines qualifiées et suffisantes	A3.1 Plan stratégique												
<b>C.3</b>	<b>Légiférer sur la CSU</b>													
C.3.1	Élaborer un projet de loi qui tienne compte des recommandations des différentes études sur la CSU	A3.1 Plan stratégique A2 L'ensemble des études préalables												
C.3.2	Faire le plaidoyer auprès du gouvernement pour un suivi de processus de transmission et d'adoption du projet de loi par le parlement	A3.1 Plan stratégique C3.1 Loi												
<b>C.4</b>	<b>Accompagner la mise en place de l'organe de gestion de la CSU au Cameroun</b>													
C.4.1	Formuler un projet d'assistance technique à la mise en place de l'organe de gestion de la CSU	Requête du MINSANTE												
C.4.2	Faire le plaidoyer auprès de l'AFD pour financer l'ATI à la mise en place de l'organe de gestion (MINSANTE, MINFI MINEPAT)	Requête du MINSANTE												
C.4.3	Appuyer la mise en place de l'organe de gestion et le démarrage de ses activités	D1, D2, A, C 2.1. C 2.2												

# BIBLIOGRAPHIE

## Rapports étudiés

- Agence Française de développement, Rapport d'évaluation d'impact du chèque santé, Avril 2024.
- Guy Carrin et Christ James, Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : Problématiques conceptuelle-clés durant la période de transition, discussion paper Number 2004. Genève, SUISSE.
- Ministère de la santé publique, Unité de coordination du programme conjoint (UCPC), Rapport d'activités du chèque santé, 2021, Yaoundé, Cameroun.
- Ministère de la santé publique, Unité de coordination du programme conjoint (UCPC), Rapport final du chèque santé, juin 2023. Yaoundé, Cameroun
- Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Cameroun, Octobre 2023
- Données du DHIS2 2020-2021-2022-2023
- Institut national de la statistique (INS) et ICF, 2020, Enquête démographique et de santé du Cameroun 2018. Yaoundé, Cameroun et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF
- Bureau international du travail (BIT), réalisation des garanties du socle de protection sociale au Cameroun, estimation préliminaire des coûts sur la période 2012-2020 et simulation de l'impact sur la pauvreté. Yaoundé Cameroun première édition 2014, OIT.
- GIZ, Rapports d'évaluation des FRPS, Août 2023, Yaoundé
- World Health Organization- World Bank, Tracking universal health coverage, 2023 global monitoring report
- Ministère de la santé publique, étude sur la consommation médicale, octobre 2023, Yaoundé
- Ministère de la santé publique (MINSANTE) 2016 stratégie sectorielle de la santé 2016-2027, Yaoundé
- Santé Universelle Cameroun (SUCAM), Rapport de l'atelier de briefing des membres du comité interministériel chargé du suivi de la mise en œuvre du plan stratégique national de santé numérique 2020-2024, sur la couverture santé universelle au Cameroun, Volet informatisation, Yaoundé
- Ministère de la santé publique, Evaluation organisationnelle et institutionnelle pour l'amélioration et le renforcement du financement de la santé vers la couverture universelle au Cameroun, Rapport OASIS, Juillet 2016 Yaoundé
- Ministère de la santé publique, CTN, rapport de la réunion de coordination de la mise en œuvre du chèque santé tenue à Bertoua du 18 au 21 avril 2024

## Documents de Stratégies nationales

- Ministère de la santé publique, Stratégie nationale de financement de la santé du Cameroun
- Stratégie nationale de développement Cameroun 2030. Yaoundé Cameroun
- Ministère de la santé publique, Rapport d'achèvement du programme conjoint MINSANTE-AFD-KFW

- Ministère de la santé publique Stratégie de développement de la couverture santé universelle au Cameroun, juillet 2020. Yaoundé Cameroun
- Ministère de la santé publique, Document de projet de la couverture sanitaire universelle phase 1 au Cameroun, Yaoundé, décembre 2023
- Ministère de la santé publique, Manuel de procédures de gestion de la CSU
- Ministère des finances, Ministère de la santé publique, CIREX sur les ressources financières de la CSU pour l'année 2023
- Ministère de la santé publique, CDMT 2023-2025 du MINSANTE
- Ministère des finances, Concept note du projet : Programme d'appui budgétaire sectoriel Santé C2D 2023-2025 (3ème triennat) Pérennisation, consolidation, extension du Chèque Santé
- Cadre de performance de l'ABS 2023-2025
- Ministère de la santé publique, Unité de coordination du programme conjoint Rapports de clôture du programme conjoint, Yaoundé, Juin 2023.
- Rapport PEFA 2023 sur la performance de la gestion des finances publiques au Cameroun

### Textes juridiques et conventions consultés

- Décision Numéro 0184/D/MINSANTE/CAB du 30 janvier 2023 portant création et organisation de la Cellule Technique Nationale de la Couverture Santé Universelle. Convention de gestion délégué des fonds CSU signée entre les FRPS et le MINSANTE, 5 janvier 2023
- Convention de gestion délégué des fonds CSU signée entre les FRPS et le MINSANTE, 5 janvier 2023
- Convention MINSANTE GIZ pour l'appui à la CTN CSU, novembre 2024
- Convention MINFI AFD ABS 2023 2025
- Décret 2019/322 du 19 juin 2019 fixant les catégories d'établissements publics, la rémunération, les indemnités et les avantages de leurs dirigeants
- Loi numéro 2017/010 du 12 juillet 2017 portant statut général des établissements publics.
- Loi numéro 67/LF/08 du 12 juin 1967 portant création de la CNPS en tant qu'organisme autonome en charge de la gestion des prestations familiales
- Loi numéro 96/03 du 04 Janvier 1996 portant loi cadre dans le domaine de la santé
- Décret 2013/093 du 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la santé publique
- Décret 2012/558 du 26 novembre 2012 portant organisation du Ministère du travail et de la sécurité sociale
- Loi numéro 74/23 du 05 décembre 1974 portant organisation communale au Cameroun
- Décret 2000/365 de décembre 2000 modifié par le décret 2006/182 portant réorganisation du Fonds Spécial d'équipement et d'intervention intercommunale (FSEIICOM)
- Loi des finances de 2020 2021 2022 2023 et 2024
- Loi 2017/011 portant statut général des entreprises publiques du 12 juillet 2017
- Loi No 2018/012 du 11 Juillet 2018 portant régime financier de l'État et des autres Entités publiques

- Loi No 2018/011 du 11 Juillet 2018 portant code de transparence et de bonne gouvernance dans la gestion des finances publiques
- Décret No 2019/3187/PM du 09/09/2019 fixant le cadre général de présentation de la nomenclature budgétaire de l'Etat

## Documents consultés dans le cadre du benchmarking

### Burkina Faso

- Statuts particuliers de la caisse nationale d'assurance maladie universelle (CNAMU)
- OIT, Bâtir des systèmes nationaux de protection sociale robustes pour couvrir les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles, faciliter leur accès aux soins de santé et leur permettre de faire face aux défis de demain, Rapport d'avancement Burkina Faso 2020-2022, Belgique – Partenaires au développement, Code du projet (GLO/20/29/BEL), décembre 2022
- SPARC-Burkina Faso, Achats stratégiques pour la santé au Burkina Faso, Un résumé des progrès, des défis et des opportunités, Note de politique, Ouagadougou. 2021
- Dr Robert Lucien Jean Claude KARGOUGOU, Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique, Déclaration à la Réunion de haut Niveau sur la Couverture Sanitaire Universelle, lors de la 68ème session ordinaire de l'AG des Nations Unies, New York, Septembre 2023
- Dr Vincent ZAKANE, La couverture sanitaire universelle (CSU) dans les états d'Afrique de l'Ouest : entre textes et réalité, Université Thomas Sankara, Octobre 2020
- Douba NABIE (ISSP), Nadine TAMBOURA (GFF), Couverture nationale et internationale et autres statistiques de services pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à partir de données d'enquêtes et des établissements de santé. Cas du BURKINA FASO. Rapport de synthèse des analyses. Atelier Count-down to 2030 / GFF / UNICEF / WHO, Nairobi, 13-17 juin 2022.
- Ministère de la Santé du Burkina Faso, Compte rendu de la quatrième rencontre bilan national de mise en œuvre des mesures de gratuité des soins, Ouagadougou, CHU-BC du 1er au 02 mars 2018
- CNAMU, Statuts particuliers de la Caisse Nationale d'assurance Maladie Universelle selon
- La loi N°060-2015/CNT du 05 septembre 2015 et le décret N° 2018-0265/PRES/PM/MINEFID/MFPTPS du 09 avril 2018

### Côte d'Ivoire

- Journal officiel de la Côte d'Ivoire du 10 avril 2014
- Décret N° 2014-395 du 25 juin 2014 portant création de l'institution de prévoyance sociale dénommée « Caisse Nationale d'Assurance Maladie » en abrégé IPS-CNAM
- Loi N° 2014-131 du 24 mars 2014 instituant la couverture maladie universelle
- MIAN Jean Paul, Consultant Inogence Consulting, Analyse des cadres institutionnels et opérationnels des programmes et mécanismes existants (CMU et RSTI) de protection sociale pour une meilleure couverture des travailleurs et entrepreneurs de l'économie informelle, Réalisée avec le soutien de MEPS, ILO et Union Européenne, Abidjan, mars 2022.

## Gabon

- Le Code de protection sociale promulgué par la Loi n° 28/2016 du 6 février 2017
- Karima Saleh, Bernard F. Couttolenc, and Helene Barroy, Health Financing in The Republic of Gabon, a World Bank study N° 91156, Washington DC, 2014
- Site internet de la CNAMGS : <https://www.cnamgs.net/>
- Site du Cleiss ( Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale) : [https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_gabon.html](https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_gabon.html)
- Site de la Banque Mondiale : <https://www.worldbank.org/en/country/gabon/overview>

## Ghana

- MOH, Health sector medium term development plan 2022-2025, Accra, December 2021
- MOH, National Health Insurance policy framework, Accra 2004
- National Health Insurance Scheme (NHIS), 2018 annual report
- National health Insurance Authority (NHIA). Annual reports: 2009,
- EUAA (European Union Agency for Asylum), Healthcare provision Ghana, Accra, July 2023.
- Site internet de Trade Government : <https://www.trade.gov/market-intelligence/ghana-healthcare-insurance>

## Rwanda

- Loi n° 009/2021 du 16/02/2021 portant création de l'office rwandais de sécurité sociale
- Loi N°48/2015 du 23/11/2015 portant organisation, fonctionnement et gestion des régimes d'assurance maladie au Rwanda
- Loi N° 03/2015 du 02/03/2015 portant organisation du régime des mutuelles de santé
- LOI N°45/2010 DU 14/12/2010 portant création de l'office rwandais de sécurité sociale (RSSB) et déterminant sa mission, son organisation et son fonctionnement
- Ministry of Local Government, Good governance, Community Development and social affairs, national social protection policy In Rwanda, Kigali, September 2005
- Ministry of Local Government, National Social Protection Strategy, Kigali, January 2011
- Ministry of local government, NST-1 Social Protection Sector Strategic Plan (SP-SSP) 2018/19 – 2023/24 ; Kigali December 2018
- MOH, Rwanda National Health insurance policy, Kigali, April 2010
- RSSB, Understanding social security, Edition, 2018
- National Institute of Statistics of Rwanda, 5th Population and Housing Census Rwanda 2022, Main Indicators Report, Kigali, February 2023

## Sénégal

- Sénégal : Plan Stratégique de développement de l'agence de couverture maladie universelle 2017-2022

- Décret No 2024-832 portant création et fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de l'agence sénégalaise de la couverture sanitaire universelle (SEN-CSU)
- Cheikh S.A. MBENGUE, DG de l'Agence de la CMU, La Couverture Maladie Universelle au Sénégal: Etat de mise en œuvre, leçons et perspectives dans une phase de mise à l'échelle nationale, Rabat - Maroc 26 - 29 Septembre 2016
- Elhadj Mamadou Saliou Diallo, Three essays on progress towards universal health coverage in developing countries, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, présenté au CERDI, Université Clermont Auvergne, décembre 2021
- Comité d'Analyse et de Recherche Syndicale du Sénégal (CARES-SENEGAL), La problématique de la couverture maladie universelle au Sénégal : état des lieux, bilan et perspectives, Plan d'action année 2, rapport final, Dakar, décembre 2018

## ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de l'étUDE .....	123
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées .....	131
Annexe 3 : Chronogramme détaillé de l'étude.....	135
Annexe 4: Schémas des Ecosystèmes de la protection sociale dans les pays étudiés.....	137
Annexe 5 : Tableau sur les éléments du benchmarking.....	144

# ANNEXE 1 : TERMES DE REFERENCE DE L'ETUDE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DIRECTION DES ETUDES ET DES PROJETS  
-----

## **TERMES DE REFERENCE**

**Recrutement d'un (e) consultant pour la réalisation  
d'une étude préalable à la mise en place d'un  
organisme de gestion de la couverture sanitaire  
universelle au Cameroun**

## CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le Cameroun comme tous les autres pays africains 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 et services de santé. 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 selon l'OMS, 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 (indicateurs 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.

Le contexte de la mise en œuvre de la CSU au Cameroun est marqué par **(i)** un taux de couverture de la population par un mécanisme de protection sociale en santé de 6,46% (étude OASIS 2015) ; **(ii)** Un indice de couverture de service essentiel de santé au Cameroun de 46% (Rapport OMS 2019) ; **(iii)** Une contribution des ménages de 70,27% des dépenses totales de santé effectuées essentiellement par paiement direct (CNS, 2012).

Pour engager sa marche vers la CSU, Le Gouvernement Camerounais, en étroite collaboration avec ses Partenaires Techniques et 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.

Les faits 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'étroussure de la population couverte par les soins de santé. Les ménages les plus vulnérables rencontrent des obstacles pour accéder aux soins de santé. Il est donc évident de conclure à l'existence d'une barrière financière qui empêche l'accès aux soins de santé et qui nécessite de nouvelles initiatives pour être levée.

Face à la multiplicité des interventions débouchant sur la faiblesse des résultats et l'étroussure 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 les Partenaires Techniques et

Financiers (PTF), afin de questionner cette multiplicité d'interventions et envisager la mutualisation des acteurs et des actions vers une Couverture Santé Universelle de façon progressive.

Faisant suite à ces réflexions ; et en amont de l'adoption du projet de loi sur la CSU au Cameroun qui prévoit la mise en place un organisme de gestion de la CSU au niveau national, un comité technique national a été créé par décision de Monsieur le Ministre de la santé publique en date du 30 janvier 2023, pour la mise en œuvre d'une phase 1 de la CSU.

La phase 1 de la Couverture Santé Universelle au Cameroun qui démarre en 2023 a pour principal objectif d'augmenter l'accès et l'utilisation des services couverts à travers la gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans, la prise en charge les femmes enceintes (via le mécanisme du chèque santé) et les Personnes Vivant avec le VIH (User fees), et l'achat des performances pour la qualité des soins et des services (PBF).

Un manuel de gestion régissant le paquet d'offre de services et ses cibles, les acteurs et leurs rôles, le périmètre de la mesure d'exemption ainsi que la gouvernance de la CSU a été validé en février 2023.

Pour assurer le paiement des prestations au niveau régional, une convention de gestion déléguée a été signée entre le MINSANTE et les Fonds régionaux de la santé qui assurent désormais la fonction de tiers payant.

Toutefois, la mise en place d'un organisme de gestion du tiers payant au niveau national, reste une priorité et cela conformément aux principes fondamentaux de la CSU, tels que définis dans le projet de loi. Pour autant la mise en place de cet organisme national de gestion nécessite que la CSU soit à un niveau de maturation suffisant pour optimiser la prise de décision sur le modèle organisationnel à adopter et les ressources financières à mobiliser pour assurer son fonctionnement efficient.

L'organe de gestion de la CSU est un établissement public doté de l'autonomie de gestion chargé, entre autres, de collecter les financements (cotisations, taxes et subventions), d'immatriculer les assurés, de signer des conventions avec les formations sanitaires, de payer les prestations réalisées par les FOSA au profit des populations et de réaliser le contrôle médical des prestations.

En vue de mettre en place cet organisme de gestion de la CSU, le Ministère de la Santé Publique envisage, à travers les présents termes de référence, le recrutement d'un consultant.

## **I. OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **1.1. Objectif général**

L'objectif global est de réaliser une étude de faisabilité de l'Organe de gestion de la CSU, gestionnaire du tiers payant au Cameroun.

### **1.2. Objectif spécifiques**

- Réaliser une analyse approfondie du contexte du Camerounais pour faire des options d'arrimage ou de création de la fonction de tiers payant à un organisme public ou para public existant et susceptible d'assurer, suite à une réforme ou convention, la fonction de tiers payant de la CSU.
- Réaliser une analyse de benchmarking fonctionnel entre les différentes alternatives possibles permettant de définir un positionnement idéal de la structure dans le contexte opérationnel camerounais ;
- Réaliser pour chaque option, une étude organisationnelle permettant de mettre en exergue ses capacités de portage de la mission de service public ;
- Réaliser une étude économique et financière pour chaque option permettant de confronter les capacités de gestion de cette dernière aux missions envisagées;
- Identifier les grands impacts (organisation, RH, financier...), les facteurs clés de succès et les risques pour chacun des scénarios.

## **II. RESULTATS ATTENDUS**

Une fois à terme, cette étude devrait permettre d'atteindre les résultats suivants :

- Une analyse de benchmarking définissant le positionnement de l'entité dans le contexte national est effectuée
- Une proposition de plusieurs scénarios de création d'une nouvelle entité ou d'arrimage de la fonction de tiers payant à un organisme public ou para public existant et susceptible d'assurer, suite à une réforme ou convention, la fonction de tiers payant de la CSU sont proposées, ainsi que des recommandations sur le choix du scénario optimal argumenté ;
- une étude organisationnelle des organismes étudiés permettant de mettre en exergue la mission de service public ;
- Les modèles économiques proposés de ces organismes démontrant leur utilité et leur viabilité est réalisée pour chaque option;
- Une étude d'impacts macro pour chaque scénario pour la mise en œuvre (organisation, RH, processus à mettre en place, gouvernance), facteurs clés de succès et risques pour chaque scénario, permettant

d'identifier l'envergure de la mise en œuvre effective, toujours dans une logique d'aide à la décision.

### **III. Méthodologie**

Le (la) consultant(e) proposera sa méthodologie de travail qui fera l'objet de validation par l'AFD en concertation avec la DEP/MINSANTE et le Comité de suivi. Néanmoins, les principales étapes suivantes doivent être prises en compte :

- la discussion et la validation de la méthodologie, y compris les grandes lignes du rapport ;
- la collecte de données qualitatives et quantitatives nécessaires à l'étude (revue documentaire, entretiens avec les acteurs et institutions de protection sociale, etc.) ;
- la définition des options de création ou d'arrimage de la fonction de tiers payant à une intuition publique existante ;
- rédaction du rapport provisoire, comprenant un ensemble de recommandations ;
- L'organisation d'un atelier de restitution des résultats provisoires de l'étude au comité de suivi de l'étude ;
- la validation du rapport final de l'étude.

### **IV. TACHES DU CONSULTANT**

Les consultants doivent prendre toutes les dispositions afin d'atteindre les résultats ci-dessus cités. Pour ce faire, ils devront notamment :

- Elaborer et soumettre à validation par le comité de suivi la méthodologie détaillée de travail, le calendrier prévu et les outils de collecte des données ;
- Produire un rapport justifiant la viabilité financière et la pérennité de l'organisme de gestion tenant compte des normes de gestion édictées par la conférence interafricaine de la prévoyance sociale (CIPRES) ;
- Identifier d'autres institutions publiques ou para publiques pouvant intégrer la fonction de gestion du tiers payant de la CSU en décrivant les avantages et les risques institutionnels et opérationnels liés à une telle intégration ;
- Etudier les textes portant, statuts, organisation, attribution et fonctionnement de l'organe ;
- Produire un rapport justifiant la viabilité financière et la pérennité de l'organe ;

- Produire l'étude d'impacts macro pour chaque scénario pour identifier l'envergure de la mise en œuvre, comme outil d'aide à la décision mais aussi en préfiguration de la mise en œuvre effective,
- Présenter le rapport d'étude à un atelier de validation et le finaliser ensuite en prenant en compte les observations et recommandations issues de l'atelier de restitution.

## V. PROFIL DES CONSULTANTS

Le bureau d'étude disposera d'une équipe de deux (02) experts, un (1) expert international et un (01) expert national composée comme suit :

1. **Expert n°1**, Chef de mission, consultant senior, possédant le profil suivant :
  - Formation universitaire de niveau bac+5 au moins ou équivalent en économie de la santé dans les pays en développement et transition, santé publique, administration publique ;
  - Expérience professionnelle probante d'au moins 15 ans en santé publique, administration sanitaire ;
  - Avoir réalisé au moins trois études de faisabilité de la mise en place des organismes d'assurance maladie et/ou de sécurité sociale dans les pays en voie de développement et ayant réalisé au moins 2 projets similaires ;
  - Facilité rédactionnelle, bonne maîtrise des logiciels bureautiques, grande capacité d'écoute et sens aigu de l'organisation du travail en équipe.
2. **Expert n°2**, consultant senior, possédant le profil suivant :
  - Formation universitaire de niveau bac+5 au moins ou équivalent en droit public, finances publiques ou gestion ;
  - Expérience professionnelle probante d'au moins 15 ans dans l'administration publique et ayant réalisé au moins 2 projets similaires ;
  - Bonne connaissance de l'environnement institutionnel du Cameroun ;
  - Expérience dans le montage institutionnel des organismes de tiers payant des systèmes d'assurance maladie et/ou de sécurité sociale ;
  - Facilité rédactionnelle ;
  - bonne maîtrise des logiciels bureautiques ;
  - grande capacité d'écoute et sens aigu de l'organisation du travail en équipe.
  - Expérience avérée dans l'accompagnement au changement de structure

## **VI. COORDINATION DE L'ETUDE**

Un comité de suivi interministérielle de l'étude sera mis en place. Il aura la charge de suivre le déroulement de l'étude. Il sera périodiquement tenu informé de l'évolution des travaux de l'étude. Ce comité est composé de représentants :

- De la Présidence de la République ;
- Des Services du Premier Ministre ;
- Du Ministère de la santé publique ;
- Du Ministère du Travail et de la Sécurité sociale ;
- Du Ministère des finances ;
- Du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l' Aménagement du Territoire ;
- Du Ministère des Affaires Sociales (en charge de la solidarité nationale) ;
- De la Caisse National de Prévoyance Sociale ;
- Du Groupement Inter patronal du Cameroun (GICAM) ;
- Des représentants de l' AFD et d'autres PTF santé.

Au total, seront produits au cours de la mission :

- Un rapport préliminaire suite au cadrage ;
- Un rapport provisoire ;
- Un rapport final prenant en compte les observations et recommandations issues de l'atelier de restitution.

## **VII. DUREE DE LA MISSION**

La durée de la mission est de quatre-vingt (80) jours calendaires à compter de la date de notification repartis conformément aux exigences de l'étude.

## **VIII. Critères d'évaluation des offres**

Les critères d'appréciation des offres sont présentés dans le tableau ci-dessous.

L'appréciation des offres se fera selon les conditions éliminatoires suivantes :

- Conformité des offres avec les exigences de la soumission ;
- Étude des offres techniques ayant satisfait les conditions de conformité de la soumission suivant les différents critères d'appréciation sur un barème total de 100 Points ;
- Analyse des offres financières pour les offres ayant obtenu au moins 70 points à la suite de l'étude de la proposition technique.

<b>Critères</b>	<b>Barème</b>
<b>Critère 1 : Méthodologie proposée pour la conduite de la mission</b>	
Expérience dans le financement de la santé ; en participer dans le montage institutionnel des institutions et dispositifs de tiers payant et les mécanismes d'achats stratégiques des soins	5
Compréhension des TDR	10
Clarté de la présentation de l'offre	10
Efficacité et clarté du chronogramme/planning des activités	5
Adéquation de la méthodologie avec objectifs et résultats attendus	15
Total 1.	45
<b>Critère 2 : Capacité du consultant principal et compétitivité de l'équipe</b>	
<b>Proposée</b>	
Expertise, expérience professionnelle du consultant principal dans l'étude de faisabilité organisationnelle des établissements publics de prévoyance sociale et de planification des politiques de financement de la santé en Afrique centrale	20
Expertise, expérience professionnelle du consultant principal dans les questions de mobilisation des ressources financières internes et externe au profit des structures publiques et la modélisation financière des systèmes de tiers payant en santé	15
Expérience dans la conduite des processus de développement institutionnel et l'accompagnement au changement	10
Compétitivité de l'équipe proposée en fonctions des expertises Appropriées proposées	10
Total 2.	55

## **IX. INFORMATION ADMINISTRATIVES**

En dehors de l'offre financière du contractant, aucune autre charge ne sera prise en compte. Ainsi, le contractant assurera le déplacement des consultants dans le cadre des entretiens et prendra en charge les coûts relatifs au secrétariat, tels que les coûts de communication (fax, télécommunications interurbaines, courriers électronique et postal).

## ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Noms et Prénoms	Institution	Fonction	N° Téléphone
<b>Assemblée Nationale</b>			
Honorable DJEUMENI		Député	
<b>Premier Ministère</b>			
Pr NGUELE ABADA		Chargé de Missions	
M NZIE		Chargé de Missions	
<b>Ministère de la Santé Publique</b>			
Dr Manaouda MALACHIE		Ministre	
Dr Diaby Ousmane		Directeur des Etudes et projets	
Dr Hassan ben Béchir		Directeur de la Promotion de la Santé	699947385
Dr Nasser		Direction de la Promotion de la Santé	690135107
Madame Ngatsalla Françoise		CTN/CSU Coordinatrice adjointe	653 23 15 45
Dr Okalla Abodo Raphaël Thérèse		UCPC Coordonnateur	656402505

Noms et Prénoms	Institution	Fonction	N° Téléphone
Dr INONGO James		FRPS SUD 699893359	
Dr TAGNE Emmanuel		Ordre des pharmaciens de la région du sud	
Madame BISSAI Annie flore		Centre de santé urbain de EBOLOWA	677008027
Madame Anoubodem épouse Sogsang Jacqueline Chimène		CSI KING PLACE	675423283
SENOUSSI Allamine		DRSP de l'Adamaoua Chef de la section accréditation CSU	697721370
Madame Fatoumata		DRPS Adamaoua Responsable communication partenariat	695824167
Professeur NEOSSE JUENA Mathurin		Radiologue conseiller médical hôpital régional de Ngaoundere	697692559
BEBA Maurice		DRSP ADAMAOUA	695272646
Saliou SADIO		DRSP ADAMAOUA	699554205
Dr VANAWA Alfred		DRSP ADAMAOUA	699893042
M Mbella		DRS Douala	
Mme MOUALAL		FRPS Douala	
Dr Mama Lucien		FRPS Yaoundé	693 522 371
<b>Ministère Des Finances</b>			
Monsieur Louis Paul MOTAZE		Ministre	
Mme Sophie BOUMSONG		Chef de Division DGB	
M Marc Désiré BEKONO		Chef de Cellule DGB	699934474

Noms et Prénoms	Institution	Fonction	N° Téléphone
M Christian NTSAMA		Cadre DGB	696910565
Mme ASSENA		Prévision	
<b>Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale</b>			
Monsieur Grégoire OWONA		Ministre	
M Razack Johny		Secrétaire Général	
Mme NKONO		Directeur de la Sécurité Sociale	
<b>Ministère des Affaires Sociales</b>			
M NYAMBI DIKOSSO HENRI		Conseiller Technique	696 98 40 36
Mme Ahmadou Samira		Cadre	696 74 50 21
<b>MINEPAT</b>			
M PEDIE		Conseiller Technique	
Mme EBENA Maud		Cadre	675 56 83 08
Madame MEMOUNA MAHAMAT		DCOOP	698 03 62 80
	<b>PTF</b>		
TOU Aminata	P4H		0022670234543
Josselin GILLEBERT	GIZ		695 21 12 18
TAPOUH Chrystelle	AFD		655 05 47 33
PAUL MARIE PETROUCH	UNICEF		
	<b>ELITE CAPITAL</b>		
Etoundi Atenga		Actuaire	

Noms et Prénoms	Institution	Fonction	N° Téléphone
<b>PERSONNES RESSOURCES</b>			
BETSI Emmanuel		Sociologue Ex chef d'antenne chèque santé de la Région du Nord	696817102
Dr BOUBA Bassirou		Médecin de santé publique ex Expert chèque santé	675054388
Dr Zé Albert		Economiste de la Santé	675736487
Madame Aminatou souley		Association colibri Région de l'Ouest Bafoussam	
Madame MEKONGO Jacqueline		Présidente du Conseil d'Administration de SUCAM	850343444

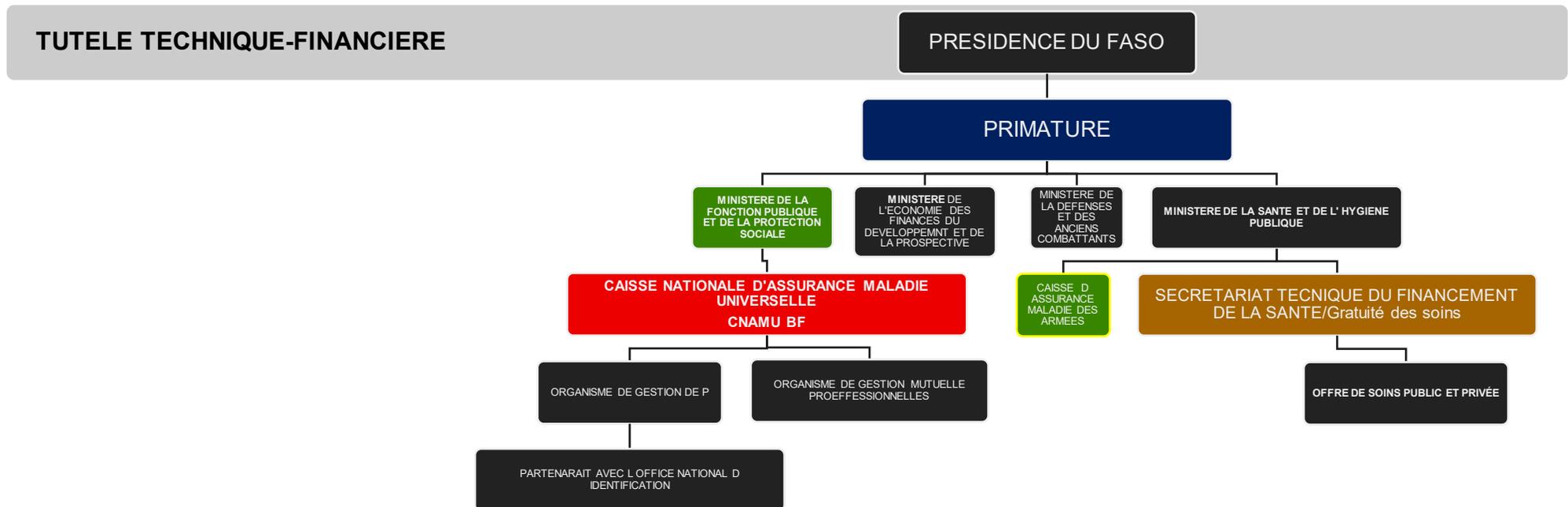
## ANNEXE 3 : CHRONOGRAMME DETAILLE DE L'ETUDE

Activités	Janvier 2024		Février 2024		Mars 2024		Avril 2024		Mai 2024		Jun 2024
	2-15	16-31	1-15	16-29	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	
<b>1. Phase de démarrage</b>											
1.1 Préparation de la rencontre de cadrage	2-9										
1.2 La rencontre de cadrage	10										
1.3 Analyse documentaire (y compris l'élaboration de la théorie de changement et le modèle d'analyse organisationnel)		22-25									
1.4 L'identification des sources de collecte des données		16-24									
1.5 La conception des outils de collecte des données		16-24									
1.6 Rédaction et révision du rapport de démarrage		16-24									
1.7. Transmission du rapport préliminaire à l'AFD pour commentaires		25									
1.8. Soumission du rapport à l'AFD		31									
<b>2. Phase de collecte et d'analyse des données</b>											
2.1 Échantillonnage		22-25									
2.2 Collecte des données (entrevues semi-dirigées, remplissages des tableaux)		26-31	1-15	16-29	1-15	16-31	1-11				
2.3 analyse et triangulation des données					1-15	16-31					
<b>3. Phase de synthèse</b>											
3.1 Rédaction et soumission du projet de rapport provisoire							4-15	16-30			

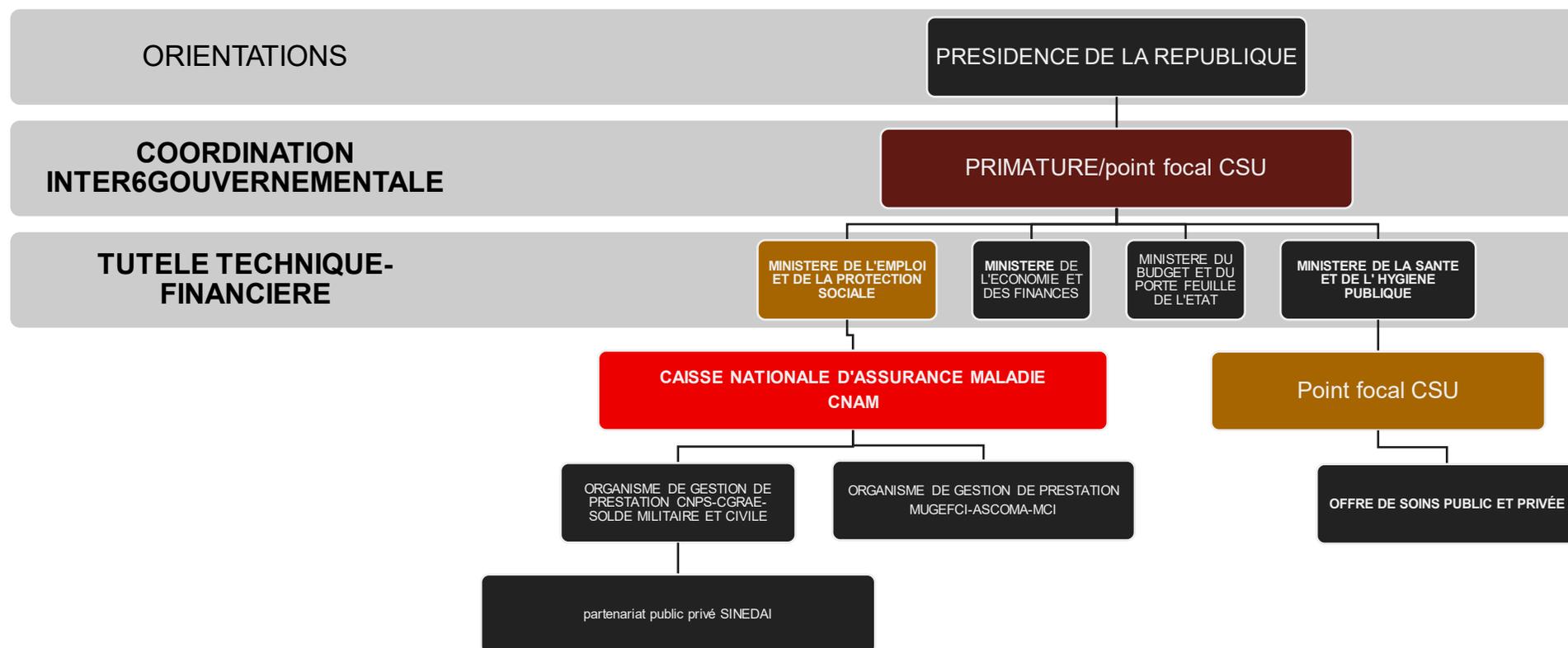
Activités	Janvier 2024		Février 2024		Mars 2024		Avril 2024		Mai 2024		Juin 2024
	2-15	16-31	1-15	16-29	1-15	16-31	1-15	16-30	1-15	16-31	
3.2. Revue du contexte juridique et politique							1-15	16 - 30			
3.3 Soumission du rapport provisoire à l'AFD, élaboration de la présentation PowerPoint									1 - 24		
<b>Tenue des réunions de restitutions à Yaoundé avec les Ministres, le groupe technique national CSU et les représentants des administrations centrales et PTF</b>											10-20
3.4 Relecture du rapport final : contenu et mise en forme de la version imprimable											20 - 25
3.5 Remise de la version finale du rapport											26 - 30

# ANNEXE 4: SCHEMAS DES ECOSYSTEMES DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS ETUDIES

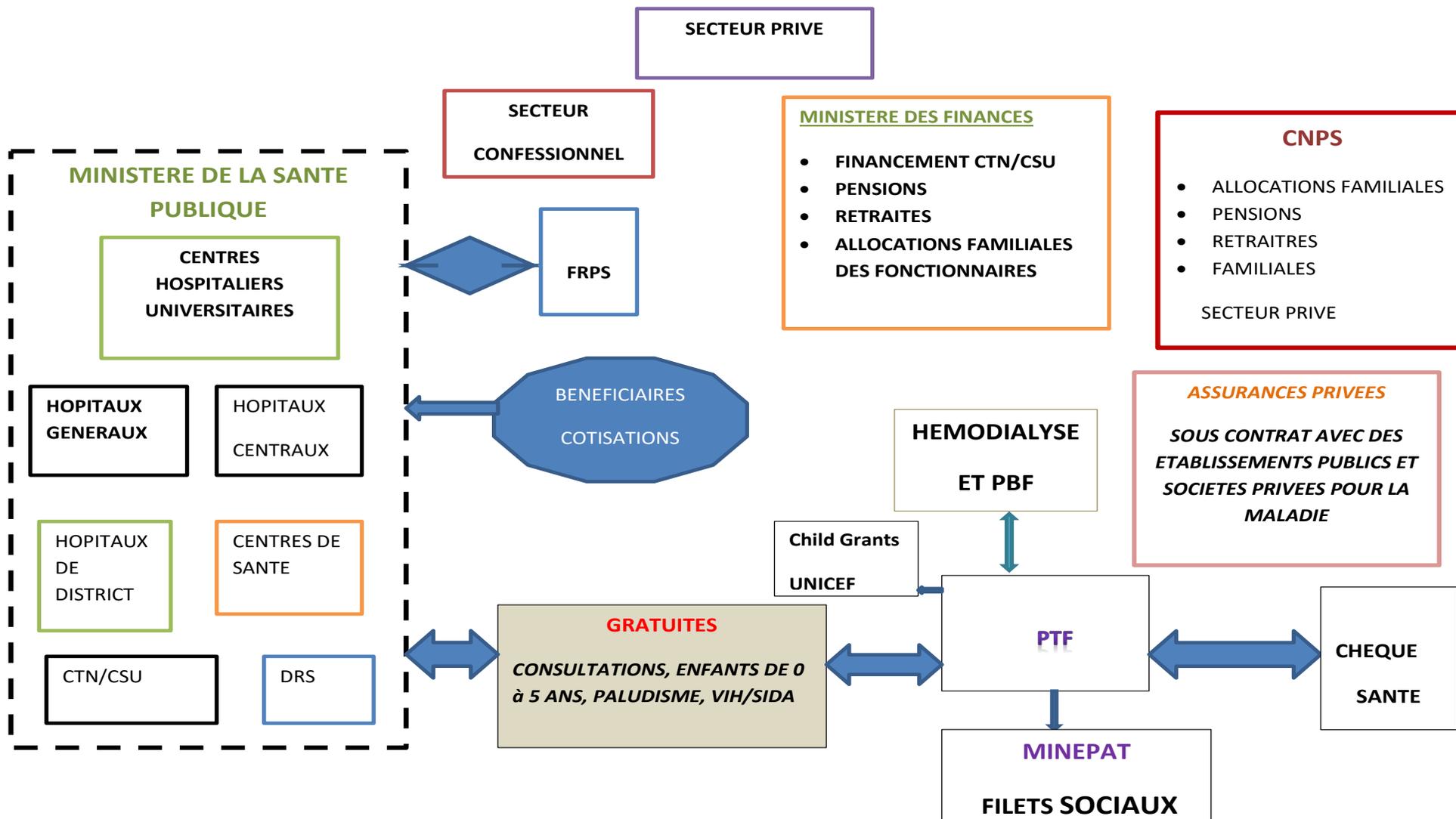
**BURKINA FASO** (il y d'autres systèmes de protection sociale qui pourront être intégrés au schéma)



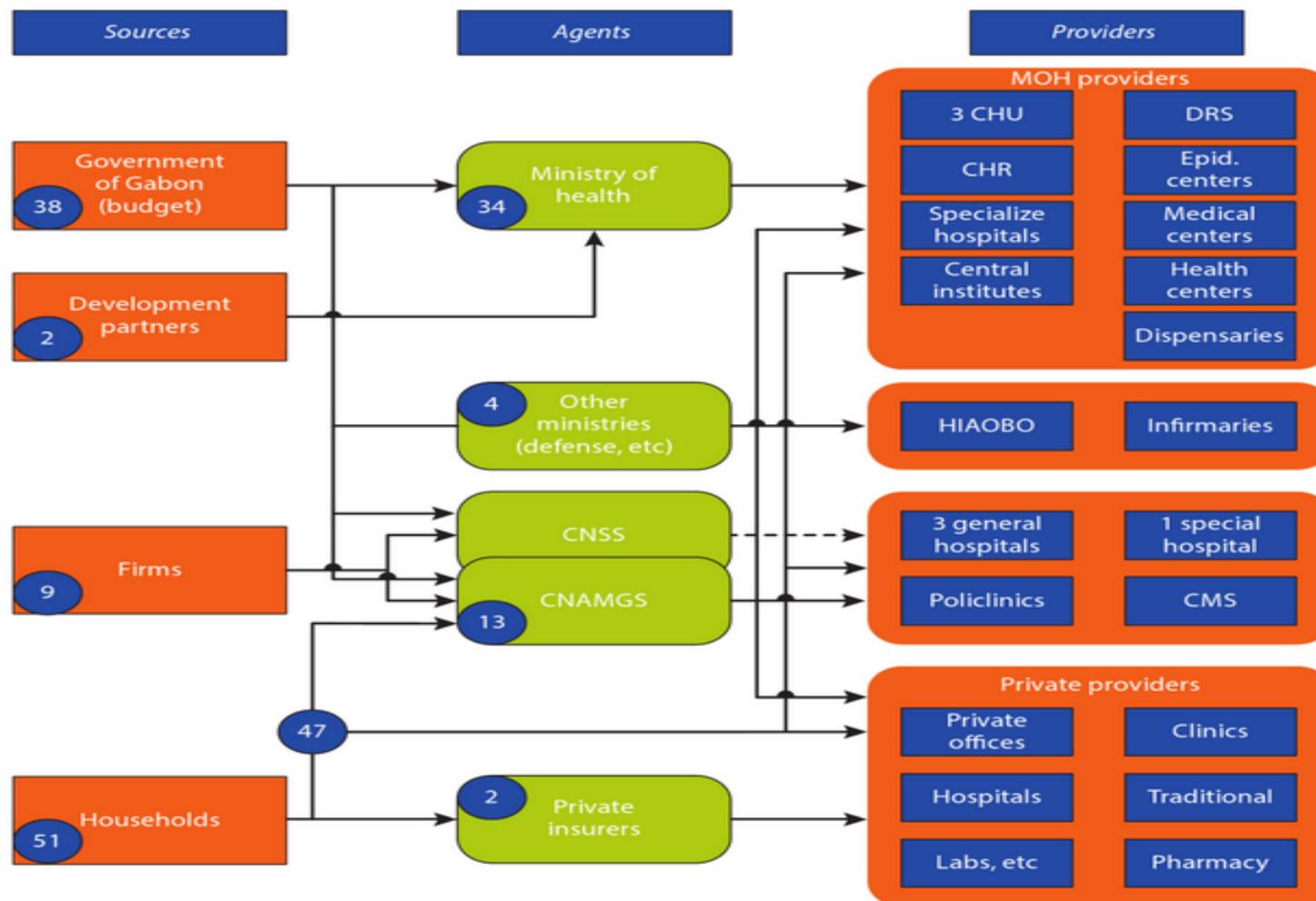
COTE D'IVOIRE (il y d'autres systèmes de protection sociale qui pourront être intégrés au schéma)



ECOSYSTEME DE LA CSU AU CAMEROUN

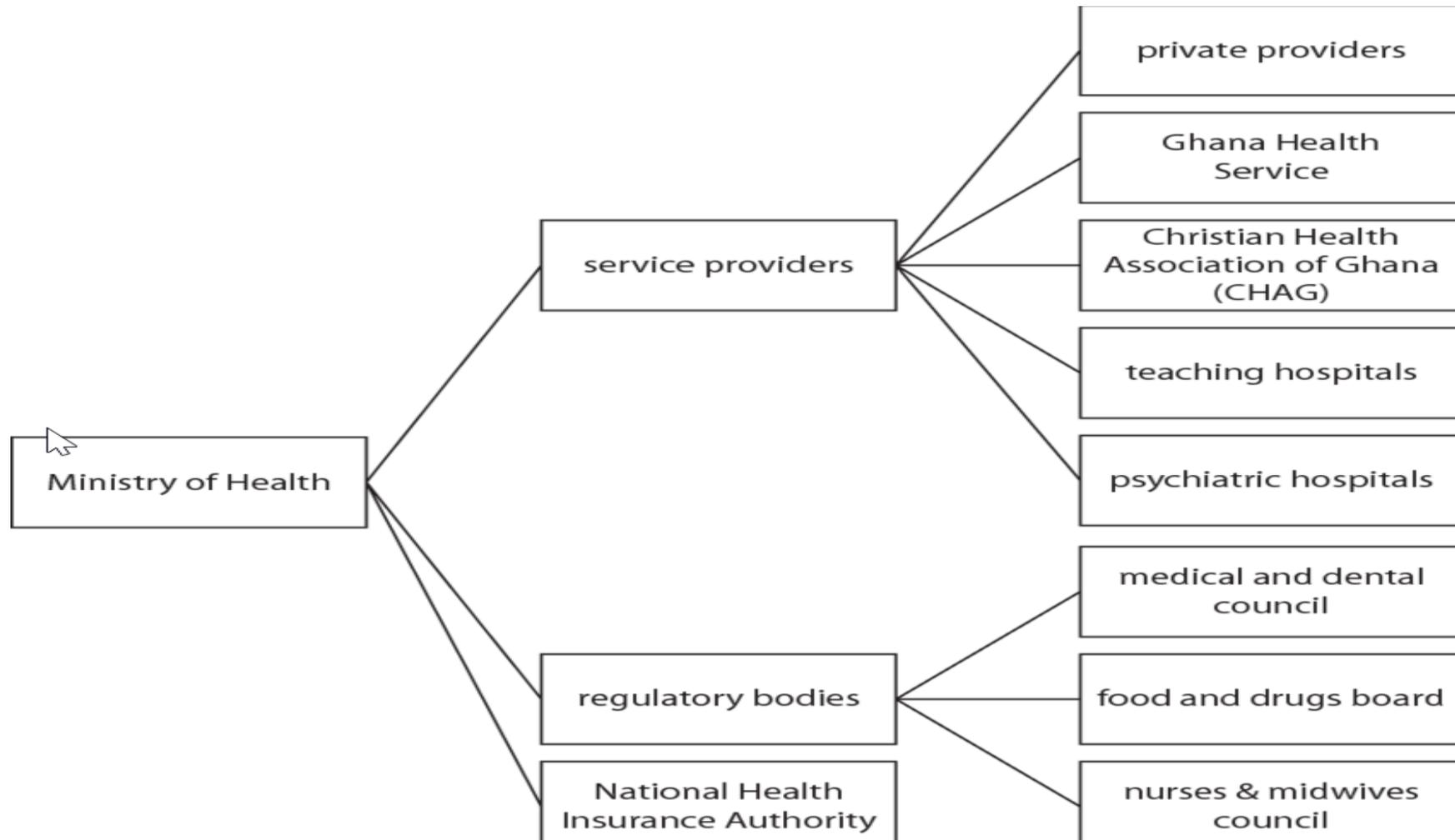


**Figure 3.6 Flow of Funds in the Gabonese Health Sector**

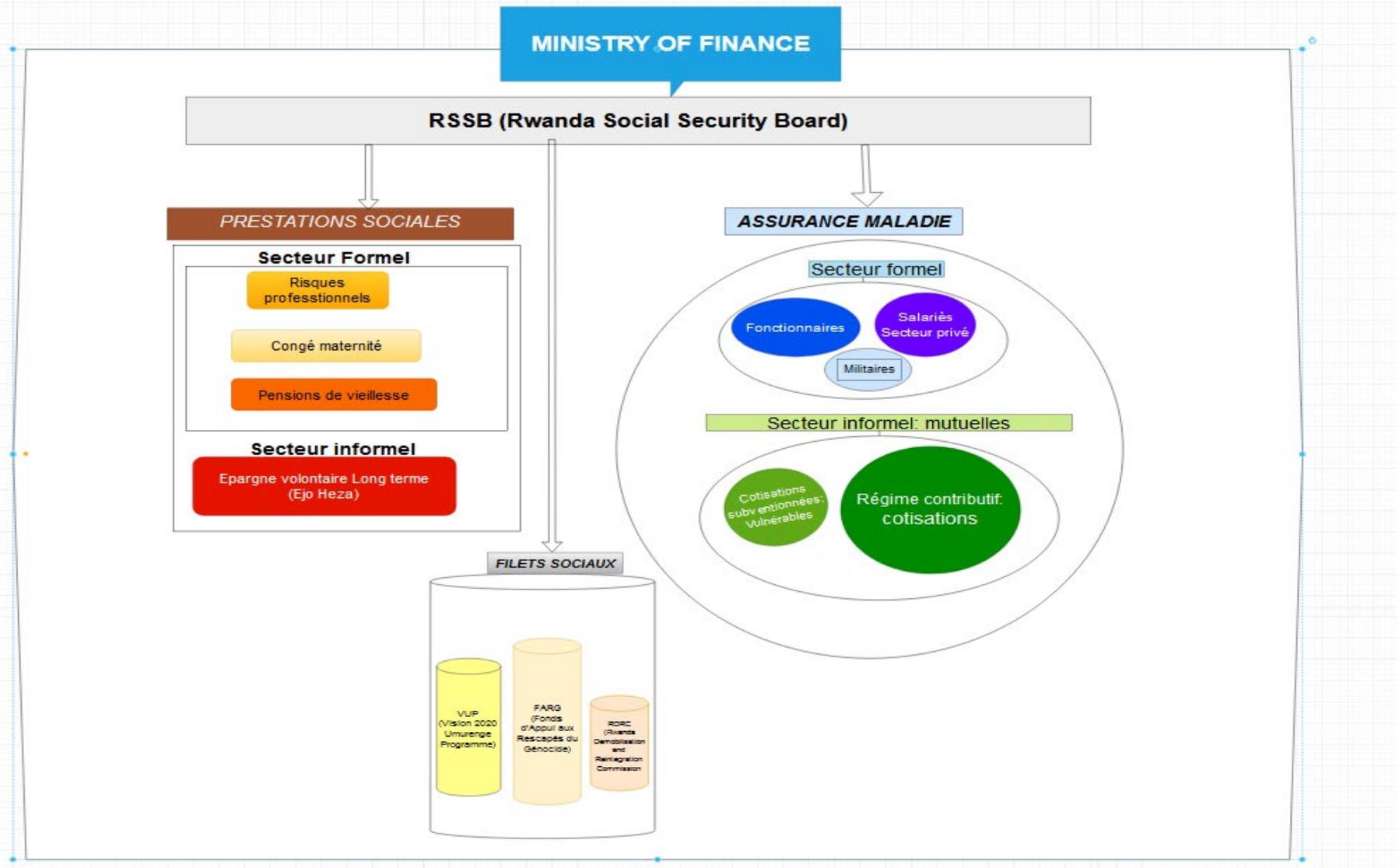


Source: World Bank. Numbers in circles represent the approximate proportion of total funding accounted for by each source, agency or flow.

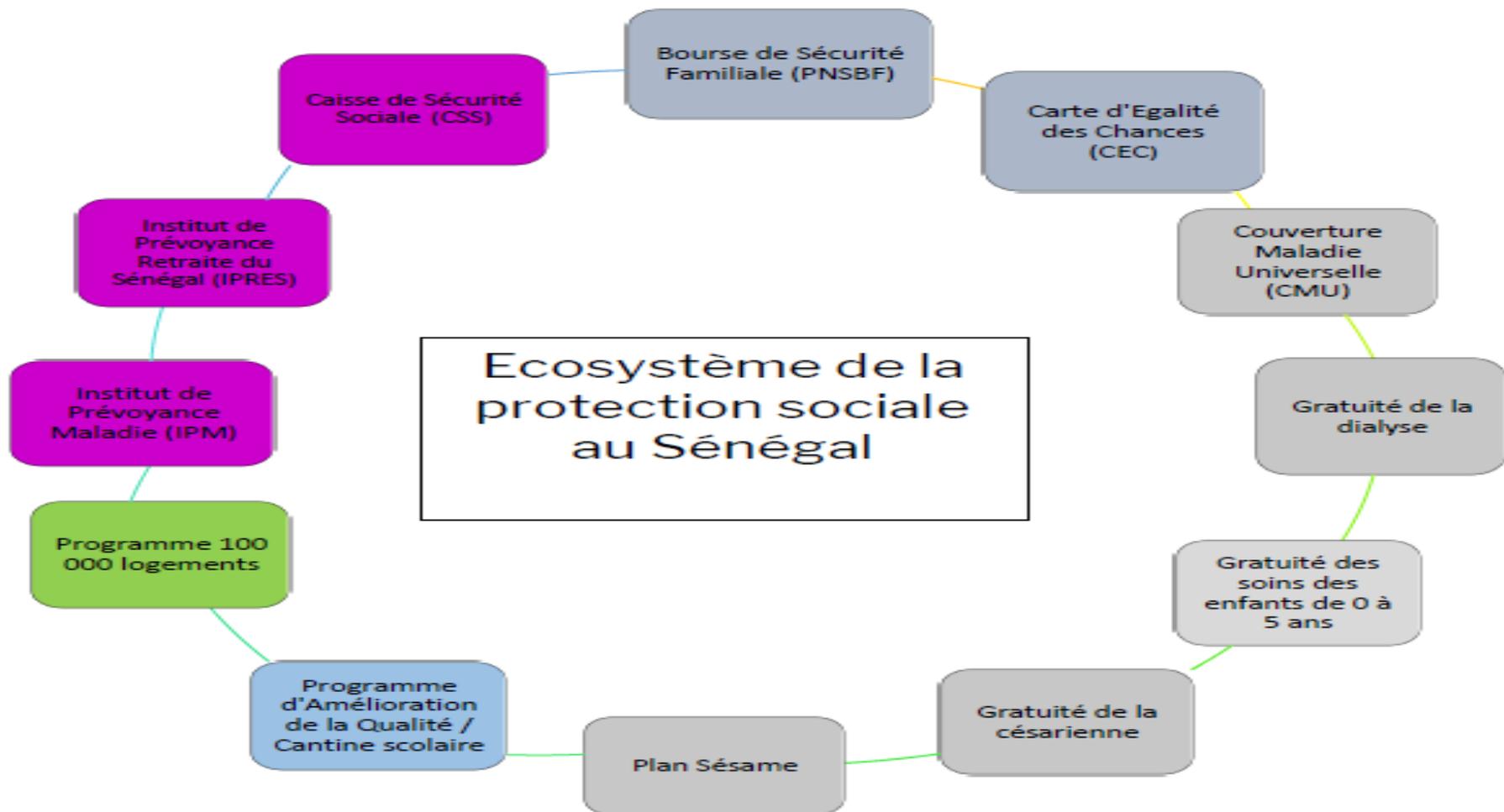
# GHANA



# RWANDA



## SENEGAL



## ANNEXE 5 : TABLEAU SUR LES ELEMENTS DU BENCHMARKING

### 5.1 Benchmarking: Indicateurs CSU et couverture

PAYS	% des paiements directs (2020) Norme 20%	Index CSU (2021) Norme 100%	Panier de soins	Soins gratuits ? Si Oui gérés par qui ?	Taux de couverture
BURKINA FASO	36,64	40	Tout sauf verres correcteurs et soins esthétiques	Oui, il y a la gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans, celle des femmes enceintes, de la PF, des cancers. Cela est encore géré par le MINSANTE	8 sur 13 Régions du Pays Tout le secteur formel Indigents : 125 000
COTE D'IVOIRE	31,94	43	Consultations, y compris les spécialités médico-chirurgicales, les hospitalisations, l'imagerie (échographie, ECG et radiographies), ainsi que la biologie, Soins chroniques couverts : Diabète et HTA dans leur phase aigue Plus de 900 spécialités de médicaments et 170 pathologies sont couvertes	Les autorités sanitaires ont mis en œuvre des programmes de prise en charge de la mère et de l'enfant avec la gratuité des soins, de la césarienne et des médicaments ainsi que des campagnes de vaccination.	13 novembre 2023, 7847093 personnes enrôlées à la CMU soit 27,87% de taux d'enrôlement avec objectif de 70% en 2025

PAYS	% des paiements directs (2020) Norme 20%	Index CSU (2021) Norme 100%	Panier de soins	Soins gratuits ? Si Oui gérés par qui ?	Taux de couverture
SENEGAL	41,57	50	<p><u>Régime général</u>  80% soins et médicaments ; analyses et radiologie  100% des Hospitalisations et interventions chirurgicales  50% pour médicaments de spécialités  Gratuité (100%) pour Enfants de moins de 5 ans et indigents  <u>Elèves :</u>  80% soins et médicaments, analyses et radiologie dans postes et centres de santé  50% médicaments de spécialités dans officines  80% consultations généralistes dans hôpitaux</p>	Non	53% sont couverts actuellement soit 8 900 000 habitants
GHANA	30,72	48	Soins ambulatoires, Hospitalisations, Certaines maladies chroniques (liste annuelle)	Oui pour certaines maladies comme le VIH.	131 districts sur 131 Taux d'adhésion : 70% avec 12 M habitants

PAYS	% des paiements directs (2020) Norme 20%	Index CSU (2021) Norme 100%	Panier de soins	Soins gratuits ? Si Oui gérés par qui ?	Taux de couverture
RWANDA	10,40	49	<p>Le panier de soins varie d'une assurance à une autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le régime des fonctionnaires de l'Etat offre un paquet beaucoup plus généreux, couvrant tous les services médicaux disponibles dans le pays, chez les prestataires tant publics que privés. Les évacuations sanitaires ne sont pas prises en charge par ce régime, mais plutôt par un fonds géré par le Ministère de la santé et l'hôpital Roi Faysal ; ceci pour tous les Rwandais, indépendamment de leur assurance maladie)</li> <li>- le régime des mutuelles de santé couvre un paquet limité aux services essentiellement offerts par les prestataires publics ou assimilés (hôpitaux confessionnels sous contrat), avec l'obligation de commencer par le niveau primaire des centres de santé et des postes de santé, et n'accèdent aux hôpitaux de district que sur présentation du billet de transfert</li> </ul>	Oui, les soins et services (tels que la vaccination des maladies de l'enfance, les moustiquaires contre le paludisme, les examens et le traitement de la tuberculose, les examens et le traitement du SIDA) sont pris en charge par les programmes verticaux (financés par le Programme Elargi de Vaccination, le Fonds Global, etc. ...) Ils ne font donc pas partie du panier de soins de l'assurance maladie.	30 districts sur 30 Taux d'adhésion de 97%

PAYS	% des paiements directs (2020) Norme 20%	Index CSU (2021) Norme 100%	Panier de soins	Soins gratuits ? Si Oui gérés par qui ?	Taux de couverture
GABON	20,13	49	Tout est couvert sauf les pandémies (VIH/SIDA, COVID...) qui sont à la charge de l'Etat	Programmes liés aux pandémies : VIH/SIDA, COVID...	100%
CAMEROUN	68,26	44	Consultation chez les enfants de 0-5 ans, prise en charge du paludisme chez les enfants de 0-5 ans, prise en charge du VIH/Sida (user fees) y compris les ARV, prise en charge de la tuberculose, de l'onchocercose, des envenimations et prise en charge de l'insuffisance rénale par hémodialyse	OUI. Ministère de la santé via CTN-CSU	6,46% (« mécanisme de protection sociale en santé : étude OASIS)

Sources des données : Rapport de la BANQUE MONDIALE, Rapport sur le suivi de la CSU OMS et Banque mondiale et sites internet des organes de gestion de la CSU dans les pays concernés

## 5.2 Benchmarking : Aspects institutionnels, Mode de financement et Assistance technique

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
BURKINA FASO	Loi 60-2015 CNT du 5 septembre 2015 Portant régime d'assurance maladie	Deux caisses maladie : la CAMA pour les militaires et leurs familles et la CNAMU pour les civils	Subvention Etat, les faitières des mutuelles de santé	Il y a eu l'assistance technique externe de l'ONG Américaine Thinkwell Institute sur financement de la fondation Bill Gates

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
COTE D'IVOIRE	<p>Loi 2001-236 du 9 Octobre 2001 portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle</p> <p>Loi n°2014-131 du 24 mars 2014 instituant la CMU</p>	<p>Deux organismes de gestion, soit un pour les agriculteurs et un autre pour les autres mais un seul organisme de recouvrement pour les deux régimes</p> <p>Dans le même contexte, un décret a institué l'Institution de Prévoyance Sociale dénommée « Caisse Nationale d'Assurance Maladie », en abrégé IPSCNAM, chargée de l'opérationnalisation du système de couverture maladie universelle et d'honorer l'engagement pris par l'Etat de garantir à toute personne l'égal accès aux soins de santé.</p> <p><b>Tutelle :</b> Tutelle technique conjointe du Ministre chargé de l'emploi et Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et de la CMU. Tutelle économique du Ministère de l'Economie et des Finances.</p> <p><b>Composition CA :</b> 01 représentant de la Présidence de la République ; 01 représentant de la Primature ; 01 représentant du Ministère en charge de la Prévoyance sociale ; 01 représentant du Ministère en charge de l'Economie et des Finances ; 01 représentant du Ministère en charge de la Fonction Publique et de la Réforme Administrative ; 01 représentant du Ministère en charge de Santé ; 01 représentant du Ministère en charge du Budget ; 02 représentants des organisations syndicales des travailleurs du secteur privé ; 01 représentant des organisations syndicales de la Fonction Publique ; 01 représentant des autres organisations et associations de la société civile.</p>	<p>Deux régimes : un régime contributif, le régime général de base ; et un régime non contributif, le régime d'assistance médicale.</p> <p>Financement : cotisations des bénéficiaires du régime d'assistance médicale par le budget de l'État ; cotisations mensuelles pour assurés du régime général.</p> <p>Impôt - subvention Etat provenant de : à titre principal de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) prélevée sur les contrats des complémentaires santé et, secondairement, d'une fraction de recettes de la taxe sur le tabac</p>	Léger Appui OMS

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
SENEGAL	Déclaration chef de l'État de 2013 Avant-projet de loi portant généralisation de la couverture contre le risque maladie au Sénégal a été élaboré et est dans le circuit d'adoption	Il existe une Agence (avec un conseil de surveillance) de la couverture universelle mais qui ne gère pas le tiers payant ; chaque structure assurant la couverture de ses bénéficiaires assurant le tiers – payant (CSS, IPM, CMU)  <b><u>Tutelle :</u></b> <b>Ministère de l'Équité en remplacement</b> du Ministère de la santé pour éviter le conflit d'intérêt, puisqu'en charge de la production des soins  <b><u>Composition CA :</u></b> Les ministères de La santé, des finances, de l'Équité, du Travail ; les employés, les membres des mutuelles, le personnel	Etat (20,5 milliards en 2022) PTF (3,8 milliards en 2022) Cotisations (27,8 milliards en 2022)	UEMOA pour l'élaboration des directives relatives aux mutuelles. Assistance technique pour l'élaboration des textes de base et un système comptable compatible avec les ratios CIPRES

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
GHANA	Loi N° 650, en Octobre 2003	<p>En 2003, le « National Health Insurance Scheme » (NHIS) a été établi par un acte juridique qui a rendu l'adhésion obligatoire pour chaque résident du Ghana.</p> <p><b>Tutelle :</b> L'organe de gestion, le NHIS (National health Insurance Scheme) est sous la tutelle de l'Agence NHIA indépendante de tous les Ministères et chargée de la régulation.</p> <p><b>Composition CA :</b> Min Santé, Ghana Health Service (agence ayant le même statut que NHIA en charge de l'offre de soins), MinFi, Sécurité Sociale, Conseil de pharmacologie, Conseil Médical et Dentaire, Département du Procureur Général etc.</p>	VAT import, VAT domestique, 2.5% des contributions à la sécurité sociale (SSNIT).	USAID's HFG (Health Financing Strategy) 2003-2011; 2012-2018

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
RWANDA	Loi 2007 sur les mutuelles ; Loi de 2010 sur le RSSB (Rwanda Social Security Board) et Loi de 2015 sur l'Assurance Maladie (régimes unifiés)	<p>Depuis 2017, Un seul Organe de gestion RSSB avec des sous entités tenant compte des évolutions historiques : RAMA pour les travailleurs du secteur formel ; MMI pour les militaires et CBHI pour les mutuelles. A noter que les CBHI étaient appuyées par une ECTMS (Equipe de la Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé) basée au Ministère de la Santé</p> <p><b><u>Tutelle technique et financière :</u></b> Ministère des Finances ; le côté institution financière du RSSB (gérant tous les mécanismes de protection sociale du pays) ayant prévalu</p> <p><b><u>Composition du CA :</u></b> 9 membres nommées par décret présidentiel avec au moins 30% de femmes ; incluant le Directeur Général qui est Président du CA</p>	Contributions employeurs et salariés Etat-Ministère de la santé : 13% du budget du Ministère de la Santé PTF (gratuité, indigents)	OMS, UNFPA, Banque mondiale, USAID, GIZ, CTB

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
GABON	<p>Réforme du système gabonais de protection sociale initiée par le Gouvernement en 2002</p> <p>L'ordonnance n° 002/PR/2007 du 04 janvier 2007</p> <p>Le 22 août 2007, sous les numéros 0022/PR/2007 et 0023/PR/2007</p> <p>Ces textes furent ratifiés par le Parlement le 28 décembre 2007 et promulgués en janvier 2008.</p>	<p>Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS)</p> <p><b>Tutelle :</b></p> <p>La CNAMGS est placée sous une double tutelle technique et financière. La tutelle Technique est assurée par le Ministre en charge de la Sécurité sociale, la Tutelle financière est quant à elle assurée par le Ministre en charge du Budget.</p> <p><b>Composition</b> du CA : Le Conseil d'Administration est composé de 16 membres avec voix délibérative et 5 membres avec voix consultative.</p> <p>Sont Membres avec voix délibérative les représentants des Ministères et organismes suivants :</p> <p>Budget et Santé pour le compte de l'État puissance publique ;</p> <p>Fonction publique et Défense nationale, pour le compte de l'Etat employeur ;</p> <p>Employeurs secteur privé (4 représentants)</p> <p>Représentants des Groupes d'assurés (8 personnes) : 3 agents publics, 3 salariés du secteur privé, 2 retraités.</p>	<p>Source 1 : Cotisations, employeurs et salariés, pour les salariés du secteur privé et du secteur public</p> <p>Source 2 : Contribution spéciale de solidarité (CSS) pour le financement de la couverture maladie des Gabonais économiquement faibles</p>	<p>Il n'y a pas eu d'assistance technique externe à proprement parlé. Mais pour certaines activités, la CNAMGS a fait appel à des prestataires privés. Ce fut le cas pour la gestion des feuilles de soin et du système informatique.</p>

PAYS	Existence d'une loi sur la CSU ou l'assurance maladie obligatoire	Existence d'un ou plusieurs organismes de gestion, tutelle et composition du CA	Mode de financement	Assistance technique
CAMEROUN	Un avant-projet de loi portant généralisation de la couverture contre le risque maladie au Sénégal a été élaboré et est dans le circuit d'adoption	Il n'existe pas encore une agence de la couverture universelle gérant le tiers payant ; mais une Cellule technique nationale CSU existe. De même des il y a des expériences de tiers - payant	Etat et PTF	AFD – GIZ pour Chèque santé

Sources des données : Rapport de la BANQUE MONDIALE, Rapport sur le suivi de la CSU OMS et Banque mondiale et sites internet des organes de gestion de la CSU dans les pays concernés

**Swiss TPH**   
Swiss Tropical and Public Health Institute  
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut  
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

Kreuzstrasse 2  
Allschwil  
CH-4123 Bâle, Suisse  
+41(0)61 284 81 11  
[www.swisstph.ch](http://www.swisstph.ch)