



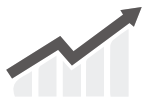
OBJECTIF DE DEVELOPPEMENT DURABLE N° 04 DE L'AGENDA 2030 : **COUVERTURE SANTÉ UNIVERSELLE, JUSQU'OU LE CAMEROUN PEUT-IL ÊTRE PRÊT?**

La **Couverture Santé Universelle (CSU)** correspond à un package d'objectifs sanitaires et sociaux qui garantissent à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé de qualité et ceci, indépendamment de la capacité individuelle en termes de ressources financières. Elle favorise donc l'exercice du droit à la santé en tant que droit de la personne humaine, en dissociant l'accès aux services de la capacité à payer. Fondée sur (i) l'universalité ; (ii) la solidarité nationale et (iii) la responsabilité de tous, la CSU vise une politique de justice sociale afin de réduire les inégalités d'accès aux soins de santé des populations et de favoriser l'assurance maladie.

Dans ce sens, l'Assemblée Générale des Nations Unies a adopté le 12 décembre 2012, la résolution A/67/L.36 en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle. C'est fort de cet engagement politique qu'elle occupe une place de choix dans l'Agenda 2030 des Objectifs du Développement Durable adopté en septembre 2015. L'objectif 31 décliné dans la cible 8 s'engage à : « **Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, 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** ».

De même, l'Agenda 2063 de l'Union Africaine dans son Aspiration¹ met un accent particulier sur la santé des populations. C'est ainsi que les pays africains se sont engagés en initiant, en juillet 2017, un processus visant à se doter, à terme, d'un système de couverture santé universelle.

Au Cameroun, le Chef de l'État, dans son discours du 31 décembre 2017, a souligné à grands traits, la nécessité de parachever les réflexions relatives à la mise en œuvre de la Couverture Santé



Universelle au Cameroun. Et depuis lors, le gouvernement s'y active.

C'est donc en droite ligne de cette volonté politique affirmée que la Stratégie Nationale de Développement (SND30) a retenu, parmi les priorités, le renforcement du système de santé qui vise à : (i) améliorer l'efficacité du système de santé en mettant à profit la décentralisation; (ii) mettre sur pied la Couverture Santé Universelle; (iii) promouvoir le développement d'une industrie pharmaceutique locale; (iv) favoriser la performance hospitalière et la démarche qualité dans les Formations Sanitaires (FS); (v) renforcer l'accessibilité géographique aux soins de santé; (vi) disposer de personnels de santé qualifiés et motivés; et (vii) améliorer la gouvernance sanitaire. (cf. SND30, Axe 2, page 79 section 4.3.4).

C'est dans ce sillage que de la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS 2016-2027), alignée sur la SND30 et la VISION 2035, a pour vision : **Le Cameroun, un pays où l'accès universel aux services de santé de qualité est assuré pour toutes les couches sociales à l'horizon 2035, avec la pleine participation des communautés.**

Cependant, il s'avère que malgré les progrès réalisés, le Cameroun reste confronté à d'immenses besoins en matière de santé et la pression sur son système de santé ne fait que s'accroître. La réduction de la mortalité juvénile et maternelle reste un défi majeur. La prévalence du VIH/SIDA, du paludisme et d'autres maladies endémiques ainsi que de la malnutrition reste obstinément élevée. Ce fardeau s'est fatalement et malheureusement alourdi depuis janvier 2020 avec la crise sanitaire de la Covid-19 qui aura fait environ 120 000 cas, 1927 décès (chiffres au 21 Avril 2022). Par ailleurs, les disparités économiques, sociales, géographiques et ethniques ainsi que les inégalités entre hommes et femmes restent d'une ampleur considérable dans le domaine de la santé. Sur un autre plan, les maladies chroniques non transmissibles augmentent à un rythme inquiétant et représentent un défi du double

point de vue de la prévention et du traitement.

Au regard de ce qui précède et malgré la volonté politique affichée, la mise en oeuvre de la CSU au Cameroun suscite des interrogations pertinentes dont celle de savoir : **jusqu'où le Cameroun peut être prêt dans la mise en œuvre de la CSU en 2022, soit à 8 ans de l'échéance des ODD et du terme de la SND30 ?** Tout en connaissant les énormes efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires d'une part et les ménages d'autre part, notre réflexion vise à déterminer le chemin critique optimal pour y parvenir en identifiant les différents jalons sur le sentier. **En langage ordinaire, le Cameroun peut-il s'offrir le luxe de réaliser de façon optimale et complète la CSU ? Et si oui dans quel horizon?**

1. C'est quoi la CSU?

Pour la bonne compréhension de tous, la couverture santé universelle est une cible à atteindre. Elle représente un idéal pour tout système de santé qui consiste à faire bénéficier à l'ensemble de la population des services de santé dont elle a besoin sans se heurter à la contrainte financière préalable. Pour cela, la CSU exige la transformation de tout le système de santé dans ce sens qu'elle englobe la série complète des **services de santé essentiels de qualité**, qu'il s'agisse de la promotion de la santé, de la prévention, des traitements, de la réadaptation et des soins palliatifs.

La couverture santé universelle fait souvent objet de confusions avec la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui elle, est une assurance maladie, et qui n'est qu'une étape sur le chemin de la CSU, située à la fin du processus.

L'atteinte de la CSU exige donc un certain nombre de préalables dont les principaux sont: (a) un système de santé solide, efficace et bien géré pouvant produire des biens de santé de qualité satisfaisante; (b) un effectif suffisant de personnel de santé, bien formé et motivé; (c) une disponibilité des médicaments et des

équipements de santé adéquats, et (d) une maîtrise des coûts des soins.

L'atteinte de cet objectif global passe donc par 04 étapes qui doivent se succéder dans un ordre établi:

- 1). La structuration du système de santé afin qu'il réponde aux attentes des populations;
- 2). Le renforcement de l'offre des soins;
- 3). L'amélioration de la performance du système de santé ; et
- 4). La mise en place d'une couverture maladie universelle.

2. La couverture santé universelle dans l'environnement sanitaire camerounais

Nous avons donc compris que la CSU comporte des exigences non seulement sur l'offre des soins, mais également sur les conditions d'accès, i.e. sur la demande. Pour ce faire, il nous paraît important de présenter un aperçu rapide des besoins du Cameroun pour la réussite de la CSU.

2.0. Synoptique de la carte sanitaire du Cameroun

Au Cameroun, la carte sanitaire présente des améliorations depuis une vingtaine d'années.

D'après les données du MINSANTE, le nombre de formations sanitaires a augmenté d'environ 6% de 2016 (soit 5852 formations sanitaires) à 2019 (6202 formations sanitaires). De façon générale, la densité des formations sanitaires, tous statuts confondus est autour d'une formation sanitaire pour 4227 habitants (la norme OMS est de 1 centre de santé pour 10 000 habitants). Toutefois, on remarque d'énormes disparités dans la répartition de ces formations sanitaires à travers le pays. Les régions au bas du classement sont l'Extrême-Nord (1 FS/10 161 habitants), le Nord (1 FS/9352 habitants), l'Adamaoua (1 FS/7118 habitants).

L'analyse spécifique sur les FS du secteur public montre que la densité nationale est en moyenne 1 FS publique pour 9113 habitants. Les grandes villes que sont Yaoundé et Douala présentent les densités les plus faibles avec respectivement 1 FS publique/58753 habitants et 1 FS publique/55245 habitants; les régions de l'Extrême-Nord (1 FS publique/11850 habitants) et Nord (1 FS publique/10862 habitants). Par ailleurs, chaque région du pays a été récemment (2021-2022) dotée d'un Centre Hospitalier Régional, formation sanitaire de catégorie 2.

Tableau 1: Quelques indicateurs de santé du Cameroun et en Afrique (pays comparables en 2015)

Indicateurs de santé	Cameroun	Algérie	Afrique du Sud	Kenya
Densité des lits d'hôpitaux (pour 10 000 hbts)	15	17	28	14
Dépenses courantes de sante par habitant en dollar en millions de dollars US	210	932	1148	168
Taux brut de mortalité pour 1000 habitants	10,8	5,7	11,1	8,3
Espérance de vie moyenne	50,3	66,3	54,4	55,6

Source : Banque Mondiale <http://databank.worldbank.org/data/source/health-nutrition and population statistics> et OMS (Bureau Régionale de l'Afrique) Etat de la santé dans la région africaine de l'OMS

2.1. Les principales difficultés du système de santé camerounais

Malgré de multiples efforts, le système national de santé reste encore confronté à de nombreuses lacunes dont une offre insuffisante et très peu adaptée de soins, un plateau technique limité et un circuit d'approvisionnement en médicaments peu efficace (d'après les spécialistes du domaine), une absence de mécanisme de protection financière des patients, la faiblesse du mécanisme de prévention, etc. À cela s'ajoute les faibles capacités humaines et une distribution pas encore optimale de la carte sanitaire (sur le plan infrastructurel).



Au 21 septembre 2021, les données montrent que le MINSANTE emploie au total 39 720 personnels, dont 11 346 fonctionnaires, 4846 contractuels, 3412 décisionnaires et 20 116 temporaires. Le tableau des besoins fait état d'un déficit d'environ 2000 médecins spécialistes, de 500 médecins généralistes ou encore de 30 000 infirmiers (MINSANTE, 2021).

Tableau 2 : Estimation des besoins en personnel de santé au Cameroun

Type de personnel	Quantité
Médecins spécialistes	2000
Médecins généralistes	500
Infirmiers	30 000
Autres	22 500
Total	55 000

Source : MINSANTE 2021

Par ailleurs, une meilleure structuration de l'offre reste attendue avec les retards enregistrés pour le lancement de la réforme hospitalière et les limites avérées du projet de renforcement de la performance du système de santé camerounais actuel. La stratégie sectorielle de la santé (SSS) 2016-2027, quant à elle tente d'apporter une réponse à cette situation, mais elle reste limitée dans sa mise en oeuvre. La plus grande difficulté quant à l'implémentation de la SSS étant la mobilisation imparfaite des fonds nécessaires.

2.2. Synthèse des besoins pour l'atteinte de la CSU

Notre analyse sera faite sur 4 axes (ou étapes) suscités devant mener jusqu'à la CSU complète, à partir des données de sources secondaires et l'abondante documentation ayant contribué à l'élaboration de la SSS 2016-2027.

2.2.1. Structuration du système de santé

La mise en place d'un système de santé solide, responsable et résilient passe par une définition des besoins en capacités. **Ce travail a été fait dans le cadre de l'élaboration de la stratégie de financement de la santé, mais le document n'est pas encore validé².** Toutefois, il y a manifestement un déphasage entre le niveau organisationnel et le niveau du financement du système de santé au Cameroun. Bien que présentant les caractéristiques d'un système centralisé, le système de santé camerounais fonctionne, le plus souvent dans un régime décentralisé. Ce qui constitue de facto une structure mixte qui exige un niveau de financement très élevé digne d'un pays développé. Ce qui est loin d'être le cas.

2.2.2. Renforcement de l'offre de santé

Les besoins identifiés pour améliorer la qualité de l'offre des soins devraient pouvoir passer par les principales mesures/actions ci-après (sans prétention d'exhaustivité) :

a) L'amélioration de la qualité de la carte sanitaire et de la densité médicale

La carte sanitaire est améliorée de façon quantitative (le nombre d'établissements de santé est en nette augmentation) mais il demeure le problème de l'inéquitable répartition de ceux-ci à travers le territoire national. Par ailleurs, le nombre de personnels de santé par habitant reste très faible avec **0,8 médecin pour 10 000 habitants**. Ce chiffre reste en deçà non seulement par rapport à la norme OMS qui est de 1 médecin pour 10 000 habitants, mais également par rapport à d'autres pays africains tels que la Tunisie et l'Afrique du Sud qui ont respectivement 14 médecins pour 10 000 habitants et 9 médecins pour 10 000 habitants (OMS, 2020).

2 - Situation selon le MINSANTE au 30 avril 2022.

Tableau 3 : Nombre de médecins pour 100 000 habitants en 2019

	Cameroun	Afrique du Sud	Kenya	Côte d'Ivoire	Algérie	Ghana
Nombre de médecins pour 100 000	8	90	20	23	170	10

Source : Banque mondiale / OMS

b) La disponibilité des produits de santé et l'amélioration du système pharmaceutique

La CENAME qui est la structure responsable de ce domaine ne comble pas toutes les attentes. Le marché du médicaments de la rue reste un marché très important, et cette situation ne permet pas de garantir la qualité des médicaments au Cameroun, malgré les discours officiels de combattre le phénomène.

c) La mise en place des laboratoires et plateaux techniques

Le pays dispose encore d'un nombre insuffisant de laboratoires, malgré les efforts qui sont faits pour améliorer le plateau technique.

d) Un système d'information sanitaire à perfectionner.

Plusieurs efforts sont faits dans le sens d'améliorer les informations sanitaires au Cameroun avec la mise en place d'un système d'information sanitaire, mais ce dernier se heurte à un problème de collecte, de traitement et de centralisation des données. La principale raison évoquée étant la rareté des financements.

e) La question du circuit de financement de la santé

L'un des problèmes les plus importants du système de santé camerounais demeure la mauvaise gestion des financements alloués à la santé. La grande partie du financement public de la santé n'est pas destinée à la résolution des problèmes de santé³. À cet effet l'enquête PETS⁴ avait relevé la difficulté d'une évaluation fiable des ressources perdue dans la chaîne de dépenses. Elle a estimé que le taux de déperdition par niveau d'exécution du budget (milieu rural ou urbain) par ligne budgétaire ciblée et par service impliqués avoisine 53%.

f) La mise en place d'une bonne gouvernance de santé publique

Concernant la gouvernance, on rencontre encore beaucoup manquements notamment au niveau de la coordination. Certaines entités du système de santé fonctionnent comme s'il n'existe pas un plan d'action national. On note le plus souvent des actions isolées ne respectant pas parfois les lignes édictées au sommet.

Une illustration parfaite a été vécue dans la gestion Covid-19 où des chefs d'établissements scolaires et universitaires ont pris des décisions sans attendre les directives nationales.

g) Le renforcement la santé de proximité à travers la promotion de la santé

Le fonctionnement du système de santé camerounais fait ressortir que la prévention reste le maillon faible bien qu'étant l'objectif numéro un à atteindre. Ce problème prendrait son origine de la détérioration de la santé communautaire. Faut-il le rappeler, la construction des systèmes de santé africains s'est faite sur la base de la santé primaire.

2.2.3. Amélioration de la performance de l'offre

Il s'agit ici de mettre l'accent sur certains critères essentiels dont entre autres : l'accès et la couverture géographique, l'équité, la qualité et la sécurité, la réactivité et l'humanisation des soins, et la recherche permanente de l'efficacité.

En effet, malgré nombreux efforts, le Cameroun reste parmi les pays ayant la plus faible espérance de vie en bonne santé (environ 51 ans). Le taux de mortalité est en baisse mais reste important. Dans le cadre de l'humanisation des soins, beaucoup reste à faire au vu des multiples erreurs médicales et des défaillances enregistrées dans le cadre de la protection du secret médical.

2.2.4. Mise en place d'une couverture maladie universelle comme étape intermédiaire

L'atteinte de la CSU complète passe par la réussite préalable d'une CMU. Cette dernière elle-même exigeant le respect d'un certain nombre de prérequis dont :

- i. Une étude de faisabilité, afin d'évaluer les risques à long terme (étude actuarielle). Au stade actuel des choses, cette première partie du travail n'est pas encore réalisée.
- ii. La sélection des mécanismes de financement. Le Cameroun dans l'élaboration du projet CSU a estimé le montant des besoins en termes financiers. Le projet porte essentiellement sur le mécanisme habituel des cotisations de la population. Cependant, plusieurs couches de la population éprouveront des difficultés à être à jour selon cette approche.

3 - Voir Camerap-Parc (2019) , *Inefficacité de la programmation budgétaire au Cameroun* , Série Études N° 10.

4 - Public expenditure Tracking Survey , réalisée par l'INS Cameroun



- iii. La définition de la couverture de la population. **La couverture de la population est clairement définie dans le projet CSU monté par le Ministère de la santé publique. C'est un bon point !**
- iv. Une évaluation des prestations à offrir et une définition des mécanismes de maîtrise des coûts. Les prestations à offrir ont été définies dans le cadre du panier des soins qui contiennent près de 182 pathologies. Toutefois, il reste encore un vide à combler en ce qui concerne la question des coûts.
- v. Le recrutement, la sélection et l'option de paiement des prestataires. Les prestations seront offertes dans tous les établissements publics de santé, mais le mode de paiement des prestataires n'est pas défini.
- vi. La définition d'une structure organisationnelle. Il s'agit de faire un choix entre une structure décentralisée et centralisée, selon les besoins et l'environnement socio culturel dans lequel fonctionne le système de santé.

Au vu de ce qui précède, plusieurs étapes ne sont pas encore franchies pour la mise en place de la CMU, condition d'admission à la CSU. C'est comme le probatoire pour le baccalauréat au Cameroun. **Peut-on imaginer objectivement voir le Cameroun s'engager vers la CSU ?**

3. L'épineux problème de financement

Outre les 04 étapes définies au point 1, pour accéder à la CSU, une autre question cruciale reste pendante et permanente : **Qui finance ? Et comment ?**

3.1. Le financement global de la santé au Cameroun

Le financement de la santé au Cameroun repose principalement sur les dotations budgétaires de l'État sous la coordination du Ministère de la Santé Publique⁵ et les paiements directs des ménages. À côté de ceci, on retrouve également le financement qui découle des collectivités publiques locales, de l'assurance maladie, des ONG et du financement extérieur.

5 - En plus du Ministère de la santé publique, d'autres ministères et administrations publiques disposent également d'un volet de santé important. On peut citer le MINDEF avec une organisation de la santé militaire accessible au grand public couvrant les régions militaires du pays; la CNPS avec un réseau de formations sanitaires parmi les plus importantes du pays, les Églises catholiques et protestantes, etc.)

Selon les dernières estimations, l'ensemble des dépenses courantes de santé s'élève à 5% du PIB (OMS, GHED 2019). Le financement intérieur public et privé de ces dépenses représente 13% du montant total, tandis que les sources de financement extérieures fournissent près de 9%. La grande partie des dépenses provient des paiements directs des ménages qui représentent plus de 70% du total. Il s'agit là d'une facture assez pesante à régler selon les organisations de la société civile et le secteur privé qui réfléchissent depuis décembre 2016, sur l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé au Cameroun, en vue de réduire d'au moins 30% les paiements directs lors de l'achat de prestations. En effet, selon les résultats de la quatrième Enquête camerounaise auprès des ménages ECAM 4 (2014), près de 4% des ménages s'estiment appauvris par les paiements directs des services de santé.

De manière spécifique, il est à noter que le Gouvernement camerounais joue un rôle notoire dans le financement de la santé à travers l'investissement et les subventions pour la prise en charge de certaines maladies. En effet, le secteur de la santé étant l'un des secteurs prioritaires de la stratégie de développement, le pays alloue depuis plus de 10 ans une part de budget oscillant entre 3,9 et 7,2% du total, au Ministère de la Santé Publique. À cela, il faut ajouter les divers appuis provenant de fonds spéciaux pour répondre aux chocs affectant la santé des populations. Toutefois, malgré l'accent mis sur le capital humain comme cela apparaît dans la SND30, et la ratification des recommandations de la Déclaration d'Abuja de 2001 qui prévoyait une allocation de 15% pour la fonction de la santé, il est un truisme que le Cameroun peine encore à atteindre ce pourcentage.

Tableau 4 : Budget MINSANTE sur 5 dernières années (en Milliards FCFA)

Année	2018	2019	2020	2021	2022
Dotation annuelle	174	207,9	188,81	197,12	207
% Budget total	3,8	4,2	4,3	3,5	3,5

Source: MINFI, LDF différentes années

Si le système de couverture existant vise à favoriser l'accès aux soins de santé pour tous, les statistiques à date révèlent que seulement 6,46% de la population camerounaise est couverte par un mécanisme de protection sociale en santé. Il ressort également que la grande majorité ne fait partie d'aucun dispositif de protection du risque financier. Ce dernier aspect renforce le poids des paiements directs que supportent les ménages. En matière de mutualisation, seul 2% de la population est membre de mutuelles de santé (MINSANTE, 2018).

3.2. Le financement actuel du projet CSU au Cameroun

Selon les estimations du Groupe Technique National (GTN) sur l'instauration de la couverture

santé universelle au Cameroun, le Cameroun aura besoin, de façon cumulée, d'environ 1,400 milliards de FCFA pour mettre en place de façon optimale sa CSU à l'horizon 2030. Les coûts ne seront pas seulement à la charge des malades, mais devront être supportés par l'ensemble de la population et de l'État. Ceci se fera par le biais du pré-paiement et de « la mise en commun du risque. ». D'après le GTN, trois acteurs devraient participer à son financement, à savoir : l'État, les ménages et les partenaires. Les estimations sont contenues dans le tableau ci-dessus.

Tableau 5 : Répartition des contributions pour la CSU par sources de financement en milliards FCFA

Sources de financement	État	Ménages	Partenaires au développement	Total
Apport en FCFA	1000	350	50	1 400

Source : CAMERCAP-PARC, à partir des données de la synthèse des travaux du GTN sur la CSU.

L'État doit contribuer à hauteur de 985 Milliards (nous avons volontairement arrondi à 1000), la part des ménages qui sera collectée à travers les cotisations est à d'environ 350 milliards, soit un tiers et les promesses des bailleurs qui se chiffrent à 50 milliards FCFA.

Vu sous ce prisme et en dehors des cotisations directes des individus, il importe d'explorer des niches de financement qui, à coup sûr, donneront un souffle nouveau pour financer la contribution attendue de l'État. Au-delà de ces financements classiques, il faudrait des financements additionnels pour réaliser de façon optimale le projet CSU.

Que pourrait faire l'État pour mobiliser un tel montant ? Où trouver cet argent ? Comment le mobiliser ? Telles sont les interrogations qui nous amènent à faire quelques propositions de politiques économiques pouvant permettre à l'État de dégager les financements additionnels. En faisant une projection linéaire au rythme de l'évolution au cours des dernières années, le budget du Ministère de la santé publique sera probablement autour de 260 milliards en 2030. Ce qui induit un **gap à combler de près de 730 milliards de FCFA**.

4. Où et comment trouver les 730 milliards FCFA ?

Les chiffres annoncés peuvent paraître dissuasifs, mais dans un tel projet et au vu des retombées, cela est tout à fait possible et réaliste. Le montant peut être réaliste de diverses façons, dont les économies sur les dépenses actuelles, les gains de productivité grâce aux actions menées, et/ou des prélèvements nouveaux. Notre proposition fait un mix de ces différentes approches.

4.1. Améliorer l'offre de soins de santé

Élément essentiel de la bonne santé des populations, les systèmes de santé assurent une fonction essentielle dans l'atteinte des objectifs de développement. Ils doivent non seulement prolonger les années à la vie, mais également accroître les capacités de travail des populations. Dans ce cadre, pour atteindre une CSU, il convient d'entreprendre des réformes des systèmes de santé afin d'en garantir le bon rapport coût/efficacité et la viabilité, en évaluant le fonctionnement de ces systèmes au regard trois objectifs : une utilisation plus efficiente des ressources publiques, une production optimale des soins de qualité et un accès à ces soins de santé de qualité en mettant un accent particulier sur la prévention.



Exigeant une restructuration profonde du système et au vu de l'état actuel, l'atteinte de cet objectif nécessite environ 10 années.

4.2. Mettre en place un processus de maîtrise des coûts

Parmi les préalables de la CSU, il y a la question de la maîtrise des coûts des soins de santé. Notons que le marché de la santé n'est pas soumis au principe de la concurrence, donc les prix ne doivent pas fluctuer comme sur un simple marché des biens et services. D'où la nécessité de mettre en place un mécanisme permettant de réduire les effets de la concurrence.

Pour ce qui est de cet objectif, il peut être poursuivi en même temps que l'objectif précédent. Cependant, il nécessite environ 3 ans.

4.3. Les approches innovantes dans le financement de la CMU

Après la mise en place successive d'une offre de soins de qualité et un processus de maîtrise des coûts des soins, il reste important de mettre en place une CMU qui vise à permettre aux populations de bénéficier des soins de qualité sans risque de s'appauvrir. L'utilisation des approches innovantes pourra permettre de financer le gap qui est de 730 milliards FCFA.

4.3.1. Les transferts sociaux et le programme des filets sociaux

Les transferts sociaux en nature correspondent aux biens et services individuels fournis aux ménages, que ces biens et services aient été achetés sur le marché par les administrations publiques ou les Institut Sans But Lucratif au Service des Ménages, ou qu'ils aient été produits par elles (production non marchande).

Dans le cadre de la gestion de la pandémie Covid-19 au Cameroun, ces transferts se sont matérialisés à travers la redistribution des dons du chef de l'État, des entreprises privées et publiques, ainsi que des particuliers pour venir en aide aux plus démunis face à cette pandémie. Les dons distribués étaient constitués de matériels de prévention (récipients, savons, masques, gels hydroalcooliques, etc.), des médicaments, des produits alimentaires, ainsi que des appuis financiers. Aucune compatibilité formelle n'a été faite pour chiffrer le montant de ces transferts entre acteurs des secteurs institutionnels, au titre des comptes de la nation⁶.

Sur le plan institutionnel, **le programme national de Filets Sociaux** a été mis en place par le Gouvernement avec le financement des partenaires au développement, notamment la Banque Mondiale (prêts IDA) depuis 2014. Les filets sociaux sont considérés comme un mécanisme de lutte contre la pauvreté extrême ou chronique. Les pauvres chroniques constituent le noyau dur de la pauvreté. Les filets sociaux participent ainsi au combat contre les inégalités, à la lutte contre la vulnérabilité, à l'expression de la solidarité nationale en faveur des plus pauvres. Le Projet Filets Sociaux du Cameroun s'inscrit dans le cadre de la politique gouvernementale de croissance inclusive et de la mise en oeuvre de sa **politique de la protection sociale**. Il est mis en oeuvre sous la tutelle du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du territoire (MINEPAT), avec l'appui financier de la Banque mondiale, à travers 04 types de programmes à savoir :

- i. **Le programme de transferts monétaires ordinaires (TMO) directs sans condition doté de mesures d'accompagnement [...]** qui permet à chaque ménage bénéficiaire de percevoir pendant 24 mois, un montant total de transferts monétaires de 360.000 FCFA à raison de 20.000 FCFA tous les deux mois et 80.000 FCFA les 12ème et 24ème mois ;
- ii. **Le programme de transferts monétaires d'urgence (TMU).** [...] pour lequel chaque ménage bénéficiaire perçoit pendant 24 mois, un montant total de transferts monétaires de 180.000 FCFA à raison de 30.000 FCFA tous les deux mois ;
- iii. **Le programme de transferts monétaires d'urgence Covid-19** qui se réalise dans les chefs-lieux des dix régions ainsi que la ville de Limbe, [...]. Chaque ménage bénéficiaire reçoit deux (02) paiements mensuels de 45 000 FCFA chacun et un paiement de 90 000 FCFA au dernier mois pour un montant total de 180 000 FCFA.
- iv. **Le programme de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre (THIMO)** qui vise (...) à travers le financement de petits projets communautaires (...). Chaque bénéficiaire perçoit un montant de 1.300 FCFA par jour de travail pour 60 jours de travail au total.

Une évaluation du projet pilote a montré que les transferts d'argent liquide ont des effets positifs variés, notamment qu'ils ont permis d'**améliorer les besoins sociaux de base des populations**.

⁶ - La matrice de comptabilité sociale (MCS) est élaborée par les services en charge des comptes économiques de la nation est un outil essentiel pour la modélisation de l'économie d'un pays, notamment à travers le modèle d'équilibre général calculable (MEGC).

pauvres en matière de santé, d'éducation, de nutrition. Parmi les autres avantages, l'on peut relever **l'amélioration des comportements en matière de santé**, de scolarisation des enfants et d'inclusion financière.

Au total entre 2013 à 2022, le Projet Filet Sociaux a bénéficié à 2 000 ménages (environ 15 100 personnes) entre 2013 et 2015; la phase 2 a touché 82 000 ménages (environ 619 100 individus) de 2016 à 2019, et pour la période 2020-2022, le Projet bénéficie actuellement d'un financement additionnel qui va permettre de toucher près de 291 500 ménages choisis dans l'ensemble du pays, soit 2 200 825 personnes qui seront directement touchées.

Le Projet devrait atteindre d'ici la fin de 2022, un total de 375 500 ménages (environ 2 835 025 individus). Avec cette expansion, la couverture des filets sociaux devrait atteindre 25% de la population pauvre au Cameroun.

Nous pensons donc qu'à la lumière de cette expérience, la CSU pourrait s'appuyer sur cette expérience et ces acquis pour ajouter une corde de financement durable. En sortant les populations les plus vulnérables de l'extrême pauvreté, pour en faire des agents économiques (en bonne santé, ce qui diminue les dépenses de santé) capables de contribution au financement de l'économie et donc de la CSU.

4.3.2. Les tontines et les assurances empiriques comme les caisses de secours

Les dernières statistiques officielles sur l'inclusion financière au Cameroun et l'accès aux services financiers modernes par les ménages ne sont pas très éloquentes⁷. Toujours selon l'INS, la très grande majorité de la population en activité exerce dans le secteur informel. Sans revenu garanti, ces actifs sont par défaut exclus du système financier moderne (banques et micro-finance) et trouvent refuge dans les tontines.

La tontine est un groupement d'individus désirant mettre leurs épargnes en commun pour disposer d'une somme d'argent plus importante afin d'investir ou de résoudre un problème. Tous les camerounais connaissent le fonctionnement des divers types de tontines et nous n'allons pas ici épiloguer plus.

Ce qui est intéressant dans les tontines et en rapport avec notre analyse, c'est le volet garanti et assurance mutuelle des membres de chaque regroupement du genre.

En effet, suivant les variantes, chaque membre doit disposer d'un fond d'assurance qui permet d'assister un ou plusieurs membres en cas de difficulté, de maladie ou même de décès, selon les règles adoptées et connues de tous les adhérents.

On pourrait intégrer ici pour les encourager, les assurances maladies et complémentaires du secteur formel.

Au regard de cette dimension sociale et de solidarité encrée dans l'esprit des camerounais (quelque soit la région du pays), nous pensons que le projet CSU devrait pouvoir s'en inspirer et capitaliser ces acquis de « mise en commun du risque » pour lever un mécanisme innovant du fonds de financements de la CSU.

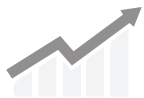
4.3.3. La solidarité communautaire/ la philanthropie/mécénat et le bénévolat

Elle a été expérimentée et vécue en grandeur nature et spontanée pendant les moments forts de la pandémie Covid-19 (2020-2021). La solidarité nationale s'est organisée au niveau local, entre voisins, entre inconnus, pour aider les personnes en première ligne ou les personnes directement ou indirectement touchées. Au niveau national, un fonds national de solidarité a été mis en place par le Président de la République avec une dotation initiale et recevait des contributions d'origines diverses en espèces et en nature. Cette crise sanitaire a incité tous les individus à redéfinir les rapports humains sous l'angle de l'identité collective, des rapports à la citoyenneté et à l'altérité.

Il est important de noter que, depuis 1993, la loi camerounaise exige que les établissements publics fournissant des soins médicaux primaires versent 10% de leurs recettes mensuelles au Fonds de Solidarité pour la Santé. Ce fonds, qui devrait relever de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique, a été créé pour servir de réserves financières d'appoint lors des urgences sanitaires. Cependant, aucune information au sujet des règles de gestion de ce fonds ou de ses activités n'a jamais été publiée.

Dans cette rubrique, on pourrait activer le mécénat et la Responsabilité Sociétale des Entreprises des grandes entreprises nationales à qui on pourrait proposer un abattement fiscal pour les encourager à cet effort de solidarité nationale et communautaire. Le bénévolat également pourrait y trouver une place.

Notre opinion est que cette forme de financement pourrait faire l'objet d'une meilleure organisation avec plus de traçabilité pour une efficacité certaine en termes de contribution à l'objectif de CSU.



4.3.4. Dynamique du secteur informel au Cameroun

Le Cameroun est, à l'instar de la plupart des pays africains, marqué par une hypertrophie du secteur informel. L'INS évalue pour l'année 2016 à 42% la contribution de l'informel au PIB.

Contrairement à ce qui peut être communément imaginé, il ne s'agit pas d'un secteur non fiscalisé, mais plutôt mal fiscalisé et souvent dans des réseaux non officiels et donc difficilement traçables. L'intérêt dans notre étude pour la complétude de la CSU repose sur la forte marge que représente ce secteur en termes de prélèvements volontaires ou obligatoires pour financer la CSU. Tout dépend de la communication autour de la problématique, des enjeux et des bénéfices pour tous et chacun. La clé repose sur la garantie de la traçabilité, de la transparence et donc de l'efficacité du modèle.

Par ailleurs, les acteurs du secteur informel, de par la précarité de leurs activités, ont développé des aptitudes de reconversion, de flexibilité et d'adaptabilité. On peut noter la reconversion des couturiers et tailleurs en producteurs de masques lavables et disponibles à des prix abordables pour le citoyen au plus fort de la crise du covid-19. De même, les acteurs informels de la métallurgie et du plastique ont proposé plusieurs solutions de dispositifs de lavage de main à installer dans les lieux publics. Le secteur informel a également permis d'éviter un lock-down complet des activités de production pendant la première heure de crise au moment où l'Europe était totalement à l'arrêt.

Au final, cette dynamique du secteur informel peut être exploitée pour soutenir par des leviers particuliers, les sources innovantes de financement de la CSU.

4.3.5. La pharmacopée traditionnelle

L'une des rubriques de dépenses qui font peur et élèvent le coût global de la CSU est le poste «MÉDICAMENTS». Du fait d'une atrophie voire une absence d'une industrie pharmaceutique locale, tout médicament ou presque est importé. Les stratégies nationales de développement depuis une vingtaine d'années (DSRP, DSCE puis SND30) ont toujours mentionné comme secteurs prioritaires la santé, et le sous-secteur pharmacie comme un des axes critiques.

Mais au décompte à date, pas grand-chose n'a bougé.

Sur un autre plan, le combat pour la reconnaissance de la médecine traditionnelle africaine et de la pharmacopée locale n'a pas fini de faire couler des larmes et de salive, même s'il faut admettre

une évolution certaine sur le plan politique et scientifique. Ainsi, le cas récent de la crise du Covid-19 a donné à voir et à débattre. L'Afrique a développé plusieurs initiatives. Ces dernières se sont manifestées en présentant des propositions de solutions thérapeutiques contre le virus. Certaines d'entre elles ont reçu l'accompagnement et les encouragements des gouvernements. Au Cameroun on peut citer Monseigneur Samuel KLEDA, Archevêque catholique de Douala, phytothérapeute qui a mis au point une solution à partir des plantes médicinales. Dr Marlyse PEYOU, biochimiste qui a proposé « **Ngul be tara** », une solution à base de plantes aux propriétés antivirales, analgésiques et antibiotiques entre autres, avec des produits conditionnés en comprimés et sirop. On peut également relever les cas du Dr Euloge Yiagnigni Mfopou et bien d'autres naturopathes et chercheurs avec des éléments probants de leur apport au recouvrement de la santé en cas de Covid-19 positif. Nous assumons de l'affirmer à haute voix que l'une des causes de la résilience et de la faible morbidité et mortalité liées au Covid-19 en Afrique tient certainement aux habitudes de recours à la pharmacopée traditionnelle. Les solutions dites « de grand-mère » ont été renforcées : infusion, décoction, sauna traditionnel aux plantes et écorces etc.

Notre opinion est que la dimension et le recours à la pharmacopée traditionnelle peut apporter des gains substantiels en réduisant les quantités et les coûts des médicaments importés, parfois peu efficaces. Et le développement d'une industrie locale du médicament contribuera à créer des emplois, et donc à générer des revenus directs et indirects devant contribuer au financement de la CSU.

4.3.6. La sécurisation des revenus agricoles

L'incidence de la pauvreté présente des disparités parfois très prononcées à travers le territoire camerounais. Mais la plus criarde et perceptible est le décalage entre le milieu urbain et le milieu rural qui reste la zone la plus touchée. Cependant, il est avéré que les populations du milieu rural, vivant dans la majeure partie des activités agricoles, disposent souvent des revenus annuels cumulés plus importants que ceux des citadins⁸.

Mais la paupérisation structurelle de ces populations rurales tiendrait surtout d'un défaut de capacités de gestion par les bénéficiaires desdits revenus, qui, souvent importants en volume, leur tombent dans les bras de manière soudaine et ponctuelle (en période des ventes une fois l'année), alors qu'elles ont vécu(e)s la plus grande partie de l'année dans la

⁸ - CAMERCAP-PARC, La sécurisation des revenus agricoles et ruraux par un modèle de salarisation. Policy brief # 04, mars 2017

précarité et le dénuement. C'est donc un problème de gestion des flux volatiles et non de quantité de ressources.

En effet, les petits exploitants agricoles camerounais ne sont pas encore constitués en entrepreneurs agricoles. Ils ne disposent d'aucune comptabilité : ni matérielle, encore moins financière. À cet effet, la sécurisation des revenus agricoles – par une approche assurant une rémunération régulière le long de l'année – paraît comme un avantage certain pour la réduction de la pauvreté des populations rurales. Ce qui leur permet de contribuer au financement de la CSU.

4.3.7. Une taxe sur l'alcool et le tabac

L'alcool et le tabac sont des causes inéluctables et confirmées de maladies dans toutes les sociétés humaines. Du fait de la consommation d'alcool, de nombreuses personnes contractent de nombreuses maladies telles que la cirrhose de foie, l'inflammation du foie (hépatite), l'inflammation du pancréas (pancréatite), etc., conduisant facilement à la mort auxquelles il faut ajouter les accidents de la voie publique ou à domicile. De même, le tabagisme fait des ravages sur le corps humain. Selon les résultats de l'enquête sur le tabagisme chez les adultes, menée en 2013 par l'Institut National de la Statistique, en collaboration avec l'OMS, 1,1 million d'adultes utilisent des produits du tabac, et le pays déplore environ 66 000 décès par an du fait de la consommation de tabac.

Si on applique le principe connue par les environnementalistes dit de « *pollueur – payeur* », on peut bien soutenir l'instauration d'une taxe par effet de causalité sur le tabac et l'alcool. Le but ultime n'étant pas de collecter le plus d'argent, mais par effet de dissuasion financière (une sorte de barrière tarifaire), faire le lit de la prévention des maladies générées par ces deux fléaux.

Les gains sont donc réalisés en amont par la diminution des cas de maladies, et le cas échéant, par le recouvrement des ressources additives pour financer la CSU.

Des simulations faites à partir des quantités d'alcool et de cigarettes consommées par personne en moyenne par année (voir le classement 2019 de l'OMS au sujet de la consommation d'alcool, et l'étude mondiale financée par la fondation B&M Gates sur le tabagisme) nous ont permis de suggérer quelques pistes.

On penserait par exemple à un prélèvement – taxe à la consommation – sur chaque unité d'alcool ou de cigarette pouvant varier entre 2 à 5 FCFA par unité consommée.

Cette source pourrait contribuer à générer une recette affectée à la CSU pouvant atteindre 100 milliards de FCFA en 2030.

4.3.8. Une taxe pour l'hygiène et la salubrité/ taxe d'habitation

D'après l'OMS, l'insalubrité constitue l'une des principales causes de maladies dans le monde et dans les pays en développement de manière plus directe, et par conséquent, de décès. Au Cameroun, elle apparaît comme la cause fondamentale des maladies hydriques et des épidémies qui affectent les populations aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale. On peut citer entre autres le paludisme, le choléra et les maladies liées à l'eau. Le renforcement des mesures d'hygiène et de salubrité par les populations s'avère donc être un important levier vers la CSU. Dans les milieux urbains, on peut imaginer que chaque ménage paie un montant forfaitaire, auprès de la CTD territorialement compétente, afin d'assurer l'hygiène et la salubrité dans l'environnement immédiat, comme dans d'autres pays, une portion de la taxe d'habitation pourrait rentrer dans cette rubrique.

4.3.9. Optimisation des contributions obligatoires aux finances publiques (recettes fiscales et non fiscales, cotisations sociales, etc.)

Le CAMERCAP-PARC a réalisé depuis 2018 un ensemble de travaux sur l'optimisation des recettes de l'État, portant d'une part, sur les recettes fiscales et sur les recettes non fiscales, et d'autre part, sur la programmation budgétaire. Tous ces travaux ont conclu à l'évidence d'un manque à gagner sur les recettes de finances publiques – en amélioration la conception et la programmation du budget de l'état et des entités de services publiques, et en assurant une meilleure transparence et la traçabilité des recettes par des systèmes d'informations statistiques optimisés.

Les gains estimés, sans toucher à l'assiette fiscale actuelle, sont de l'ordre de plus de 1000 milliards de FCFA par an. En prenant moins de 10% de cette recette due, et recouvrée que l'on affecterait à la CSU, on obtiendra sans gros effort une contribution graduelle pouvant atteindre 110 milliards de FCFA d'ici à 2030. Au final, l'ensemble des propositions ci-dessus contribuerait, de manière graduelle au financement de la CSU comme l'indique le tableau ci-dessous:

**Tableau 6:** Gains additionnels estimés des approches innovantes pour le financement de la CSU (en milliards FCFA)

		2023	2025	2030
1	Transferts sociaux / filets sociaux	40	90	120
2	Tontines, caisses de secours et assimilées	5	10	20
3	Solidarité communautaire/ philanthropie / bénévolat	30	50	75
4	Dynamique du secteur informel	5	10	20
5	Pharmacopée traditionnelle	5	10	25
6	Sécurisation des revenus agricoles	50	70	130
7	Taxe sur l'alcool et le tabac	50	85	100
8	Taxe pour l'hygiène et la salubrité	25	50	100
9	La prévention et les amendes sur les infractions routières			
10	Optimisation des contributions obligatoires (recettes fiscales et non fiscales, cotisations sociales, etc.)	40	60	140
	Total	250	435	730

Source : CAMERCAP-PARC

5. Conclusion/Recommandations

La présente réflexion nous démontre que le Cameroun est loin de pouvoir assurer la Couverture Santé Universelle de façon optimale et complète en 2022. Le chemin reste encore long et critique (au sens de la Recherche opérationnelle). Nous avons esquissé ci-dessous un chronogramme basé sur les 04 étapes à franchir pour y parvenir à l'horizon 2030 qui correspond à un double engagement: celui des ODD et celui de la SND30. Pour y parvenir, un ensemble d'actions coordonnées avec un timing strict assortis des résultats tangibles doivent être engagées dès maintenant. Avec la contrainte que chaque retard ou résultat manqué nous sorte du sentier et nous éloigne de l'objectif.

Tableau 7 : Chronogramme ajusté pour la mise en oeuvre complète de la CSU au Cameroun

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030 Complétude la CSU
Structuration du système de santé									
Renforcement de l'offre des soins									
Amélioration de la performance									
Mise en place d'une CMU									
CSU complète									

Source : (c) CAMERCAP-PARC.

Pour tout cela, il importe de **RÊVER** que c'est possible, **OSER** les actions justes pour y arriver et **INNOVER** pour que demain soit meilleur ./-

(c) Camercap-Parc.cm

Barnabé Okouda

B.P. 6175 Yaoundé

Avenue FOCH - Immeuble CNR (4^{ème} étage)

(237) 222 22 58 58



(237) 222 22 34 82



(237) 222 22 34 21



contact@camercap-parc.cm



www.camercap-parc.cm



www.facebook.com/camercapparc



www.twitter.com/camercapparc