

# **Le numérique au service de la sécurité sociale : du cas du SIGICMU à la proposition d'un système national pour la couverture maladie universelle au Cameroun**

Présenté par

**Patrice-Prisca NTSAKO GUIEGOU**

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Management

Spécialité Management des Projets

le 26 septembre 2021

Devant le jury composé de :

**Pr. Mame Penda BA** Présidente

Professeure à la faculté des sciences politiques de  
l'Université Gaston Berger, Saint-Louis du Sénégal

**Dr Alioune DRAME** Examineur

Directeur du département Management de  
l'Université Senghor à Alexandrie en Egypte

**Dr Mohamed Mahi SY** Examineur

Directeur des Systèmes d'informations de l'Agence  
Nationale pour la couverture Maladie Universelle au  
Sénégal

## Remerciements

« *La reconnaissance silencieuse ne sert à personne* » Gladys Bronwyn Stern. Ce travail n'aurait jamais vu le jour sans les conseils, les encouragements et le soutien de certaines personnes. A travers ces mots j'aimerais témoigner ma gratitude à :

- Pr. **Thierry VERDEL**, Recteur de l'Université Senghor à Alexandrie, pour notre admission au sein de l'université et pour l'expérience vécue durant ces deux années ;
- Mon Directeur de département Dr **Alioune DRAME** pour sa disponibilité, son leadership, ainsi qu'à son assistante Mme **Suzanne YOUSSEF** pour sa disponibilité ;
- Dr **Yannick GUEUKAM**, mon Directeur de mémoire, pour avoir son encadrement ;
- Tout le corps professoral pour les enseignements reçus, leur volonté renouvelée de nous accompagner et guider durant notre formation ;
- Dr **Bocar Mamadou DAFF**, Directeur Général de l'Agence de la Couverture Maladie Universelle du Sénégal, pour nous avoir permis d'effectuer notre stage de fin de formation au sein de l'Agence Nationale pour la Couverture Maladie Universelle ;
- M. **Mouhamed Mahi SY**, Directeur des Systèmes d'information de l'Agence, pour son accueil, son encadrement et ses conseils ;
- Tout le personnel de l'agence spécialement à ceux de la Direction des Systèmes d'Information ;
- Toutes les personnes ayant facilitées la collecte des données en répondant aux questionnaires d'enquête, ainsi que celles qui nous ont bien voulu nous accorder un entretien ;
- M. **Jean-Daniel AKINOCHO**, pour son appui et son soutien à chaque étape de la rédaction ;
- La communauté camerounaise de la 17<sup>ème</sup> promotion pour ces moments de fraternité et de communion ; avec une pensée spéciale pour ma sœur de cœur Maeva PIMO ;
- Nos amis, nos camarades de promotion et nos compagnons de stage pour le temps passé et l'expérience vécue ensemble ;
- À tous ceux qui m'ont soutenue de près ou de loin, et dont les noms ne figurent pas forcément, recevez ici l'expression de ma profonde gratitude et mes sincères remerciements.

## **Dédicace**

Je dédie ce travail à mes deux mères **BIKIM Marie Colette** et **OGODIGO Célestine**, aucun hommage ne pourra être à la hauteur de votre amour et de votre soutien.

## Résumé

La sécurité sociale ou protection sociale est reconnue comme un droit humain, elle se définit comme étant l'ensemble des programmes et politiques visant à prévenir et réduire la pauvreté des personnes tout au long de leur cycle de vie. La sécurité sociale inclut les prestations de maternité, de l'enfance aux familles en passant par les accidents, les maladies professionnelles, la vieillesse et les invalidités. Elle est un maillon essentiel de développement durable. La couverture santé universelle quant à elle est la clé d'une croissance inclusive et contribue à la construction d'une base solide pour les systèmes de santé africains. L'autorité gouvernementale du Sénégal l'a bien compris en mettant en œuvre une stratégie nationale pour la couverture maladie universelle, accompagnée d'un système numérique de gestion intégrée de la CMU. Ce projet est reconnu aujourd'hui comme un modèle de réussite qui permet la cohésion et la collaboration de toutes les parties prenantes concernées et l'appropriation des technologies numériques. Alors que le Sénégal progresse activement vers une couverture complète de personnes, le Cameroun quant à lui accuse de nombreux retards.

Cette étude vient non seulement apporter des réponses aux différentes interrogations liées à la mise en œuvre du programme de la couverture maladie santé universelle au Cameroun. Mais aussi mettre en lumière des axes de solutions qui pourraient à leur tour être utilisés par les institutions décisionnelles de ce pays.

Plus précisément, dans le cadre de cette recherche nous nous intéresserons principalement au système de sécurité sociale basé sur la couverture santé universelle au Cameroun et à l'analyse organisationnelle et technique du modèle sénégalais. Il sera donc question à ce niveau de comprendre la stratégie de conduite du changement et de transformation numérique utilisée.

Les propositions formulées au terme de cette recherche sont issues des analyses conjointes des résultats de la collecte de données qui s'est faite à partir de plusieurs méthodes. Ces données qui ont permis de mettre la lumière sur les différents freins d'extension de la couverture santé universelle au Cameroun.

## Mots-clefs

Couverture maladie universelle, sécurité sociale, numérique, développement

## **Abstract**

Social security or social protection is recognised as a human right and is defined as the set of programmes and policies aimed at preventing and reducing poverty of people throughout their life cycle. Social security includes maternity, child, family, accident, occupational disease, old age and disability benefits. It is an essential link in sustainable development. Universal health coverage is the key to inclusive growth and contributes to building a solid foundation for African health systems. The Senegalese government has understood this by implementing a national strategy for universal health coverage, accompanied by a digital system for the integrated management of universal health coverage. This project is now recognised as a model of success that allows for the cohesion and collaboration of all relevant stakeholders and the appropriation of digital technologies. While Senegal is actively progressing towards full coverage, Cameroon is lagging behind.

This study not only provides answers to the various questions related to the implementation of the universal health coverage programme in Cameroon. It also highlights possible solutions that could be used by the country's decision-making institutions.

More specifically, in the framework of this research we will focus on the social security system based on universal health coverage in Cameroon and on the organisational and technical analysis of the Senegalese model. The aim is to understand the change management and digital transformation strategy used.

The proposals formulated at the end of this research are the result of joint analyses of the results of the data collection, which was carried out using several methods. These data shed light on the various obstacles to the extension of universal health coverage in Cameroon.

## **Key-words**

Universal health coverage, social security, digital, development

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ANACMU : l'Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle
- AFD : Agence Française de Développement
- BIT : Bureau International du Travail
- CMU : Couverture Maladie Universelle
- CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
- CSU : Couverture Santé Universelle
- DSI : Directeur des Systèmes d'Informations
- DSRP : Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté
- EGDI : E-Gouvernement Development Index
- FMI : Fonds Monétaire International
- IDH : Indice de Développement Humain
- INS : Institut National de la Statistique
- IPM : Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
- JICA : Japan International Cooperation Agency
- MINAS : Ministère des Affaires Sociales
- MINSANTE : Ministère de la Santé Publique
- MINTSS : Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale,
- OCDE : Organisation de la Coopération et de Développement Economiques
- ODD : Objectifs de Développement Durable
- OIT : Organisation Internationale du Travail
- OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- ONU : Organisation des Nations Unies
- OSI : Online Services Index
- PAIRPEV : Programme d'Appui à l'Insertion et à la réinsertion Socio-Professionnelle des Personnes Vulnérables
- PGI : Progiciel de Gestion Intégré
- PIB : Produit Intérieur Brut
- RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat
- RSI : Règlement sanitaire international
- SIGICMU : Système d'Information de Gestion Intégré de la Couverture Maladie Universelle
- UEMOA : Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

## Sommaire

Remerciements .....	i
Dédicace .....	ii
Résumé .....	iii
Mots-clefs.....	iii
Abstract .....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Sommaire .....	1
Introduction.....	3
1 Problématique de la CSU au Cameroun.....	5
1.1 Clarification : CMU versus CSU.....	5
1.2 Objectifs et caractéristiques de la Couverture Santé Universelle .....	5
1.3 Contexte démographique, socio-économique et technologique camerounais .....	8
1.4 Questions et objectifs de recherche .....	12
1.5 Intérêts de la recherche .....	13
1.6 Résultats escomptés.....	13
2 Investissements dans la CSU au Cameroun : clé d’une croissance inclusive et durable .	15
2.1 La couverture maladie universelle : théories et pratiques .....	15
2.2 Analyse du cadre global de la CMU au Sénégal .....	17
2.3 « Statu quo » du système camerounais de sécurité sociale .....	20
2.4 Hypothèses de recherche.....	25
2.5 Choix méthodologique .....	26
2.6 Limites de l’étude.....	27
3 Repenser la CMU au Cameroun : cadre d’action et leçons tirées de l’expérience sénégalaise .....	29
3.1 Diagnostique organisationnel et technique : enquêtes de terrain, entretien (secteur formel et informel).....	29
3.2 Accélérer le progrès en vue de la mise en place de la CSU : orientations, directions et opportunités .....	36
3.3 Analyse et interprétations des résultats .....	43
4 Recommandations et Proposition d’un projet de mise en place d’un Système pour couverture maladie des personnes vulnérables à base communautaire .....	46

4.1	Adéquation entre les services de la CSU offerts et les besoins spécifiques de la population désignée.....	46
4.2	Recommandations et scénarii.....	49
4.3	Proposition du projet .....	52
	Conclusion .....	60
5	Références bibliographiques.....	vi
6	Liste des illustrations.....	ix
7	Liste des tableaux.....	x
8	Annexes .....	xi
8.1	Annexe 1 : Enquête pour la mise en place d'un nouveau système de la couverture santé universelle au Cameroun.....	xii
8.2	Annexe 2 : Questionnaire d'analyse globale du niveau de déploiement du "SIGICMU" .....	xiv
8.3	Guide d'entretiens.....	xv
8.4	Annexe 4 : Modules du SIGICMU .....	xvi
8.5	Annexe 5 : système de santé et influence .....	xvii
8.6	Annexe 6 : Cartographie de l'échantillon.....	xviii
8.7	Annexe 7 : Listes des représentants des ménages interviewés	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>



## Introduction

D'après les données<sup>1</sup> de la Banque Mondiale, la population de l'Afrique atteindra 2,5 milliards d'habitants en 2050. Un quart de la population mondiale vivra en Afrique subsaharienne. Face à cette démographie de plus en plus croissante, les pays Africains font encore face à des taux élevés de mortalité infantile et maternelle, la malnutrition est courante et la plupart des systèmes de santé ne sont pas en mesure de faire face efficacement aux épidémies et à la charge croissante des maladies chroniques (cancers, hypertension, diabète, etc.). Les défis de développement sont nombreux mais celui de la protection sociale ou sécurité sociale représente une nécessité pour notre continent, « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.* » (Déclaration universelle des droits l'homme Art. 22). La maladie est un risque qui accroît la vulnérabilité économique des pays les plus pauvres, elle n'est pas la seule justification de l'intérêt porté aux stratégies de sécurité sociales, le sujet de droit établit aussi une légitimité au développement de celles-ci. La problématique de mise en œuvre se pose.

Les pays en voie de développement ont la responsabilité de mettre en place des politiques garanties, développer des systèmes de financement de la santé, d'assurer la disponibilité des services de haute qualité, d'améliorer la gouvernance et enfin de prendre toutes autres mesures afin de rendre possible la couverture maladie universelle. L'OMS stipule que « *la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers...Pour des centaines de millions de gens, en particulier pour les plus vulnérables, la couverture universelle c'est l'espoir d'être en meilleure santé sans s'appauvrir* » <sup>2</sup>. La couverture maladie universelle occupe une place importante dans l'agenda des objectifs de développement durable, elle contribue 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*

---

<sup>1</sup> Estimations et projections démographiques tirées de la base de données HealthStats de la Banque mondiale (SP.POP.TOTL)

<sup>2</sup> OMS, [https://www.who.int/health\\_financing/fr/index.html](https://www.who.int/health_financing/fr/index.html) consulté le 04/05/2021

*médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable* »<sup>3</sup>et réponds également à deux objectifs du millénaire pour le développement de la santé<sup>4</sup>.

Le Sénégal, à l'instar de nombreux pays en Afrique, a fait le choix de positionner la couverture maladie universelle au centre de sa stratégie de sécurité sociale, ce qui a permis d'impulser l'accroissement du taux de couverture à l'assurance maladie. Lancée dans une logique de modernisation, cette stratégie est conduite conjointement par un projet de transformation numérique : le « SIGICMU » qui est le progiciel PGI de la CMU. En matière de couverture Maladie universelle, de nombreux paramètres sont pris en compte à l'intérieur d'un système de santé. Mais le pilier de l'attelage tient en général à trois critères clés qui déterminent le succès des politiques en place : la durabilité du modèle, sa capacité à mobiliser des ressources et la mutualisation des risques. Le modèle sénégalais a fait ses preuves, arrivé à la phase pilote du projet, « *Les mutuelles de santé ont pu couvrir 2.999.896 personnes dont 2.621.873 à travers les mutuelles de santé communautaires et 316.210 par les mutuelles de santé d'envergure nationale* »<sup>5</sup>.

Le Cameroun ne dispose pas de système d'assurance maladie pour l'ensemble de la population, mais le gouvernement a confirmé sa volonté à procéder à l'analyse de la faisabilité de mise en œuvre d'un Socle national de protection sociale<sup>6</sup>. Des initiatives ont été mise en place pour pallier cette insuffisance, des mutuelles d'assurance santé ont été créé, ainsi que quelques programmes à travers le pays. Mais ceux-ci ne couvraient que 2% de la population en 2009. Face à cette situation alarmante, il est temps de passer à l'action et construire un nouveau système pour la CMU généralisée basée sur un modèle de sécurité sociale réussie. C'est cela qui justifie le choix de ce sujet intitulé : **Le numérique au service de la sécurité sociale : du cas de SIGICMU à la proposition d'un système national de la couverture maladie universelle au Cameroun.**

Le présent document est structuré en quatre chapitres : la première partie aborde les questions problématiques de la couverture santé au Cameroun à travers une analyse contextuelle, clôturée par l'énoncé des objectifs de cette étude. La deuxième partie est une revue littéraire des enjeux et opportunités de la couverture santé universelle, on retrouve également une présentation des hypothèses de recherche et du modèle à succès sénégalais. Les étapes de diagnostic organisationnel et technique constituent la troisième partie, elle regroupe également les différents outils et méthodes de collecte de données mis en œuvre dans le cadre de cette recherche. La dernière et quatrième partie met en valeur les recommandations et les propositions d'axes de solution pour remédier aux problèmes et difficultés relevés.

---

<sup>3</sup> ODD 3 : « bonne santé et bien-être », cible 8

<sup>4</sup> Objectif 7 : « un environnement durable », Objectif 8 : « mettre en place un partenariat mondial pour le développement »

<sup>5</sup> Rapport de performance de l'année 2018- ANACMU page 10

<sup>6</sup> Réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun, BIT/PR/Cameroun/R.17

## 1 Problématique de la CSU au Cameroun

Ce chapitre traite de la problématique de la CMU au Cameroun, il est question ici de faire l'état des lieux, de présenter notre base d'analyse et les enjeux de la CSU. De ce fait, nous aborderons la présentation du concept de la CSU, ses objectifs et caractéristiques. Ensuite nous parlerons des composantes contextuelles du Cameroun. Enfin, nous poserons les questions relatives à cette recherche tout en relevant les motivations et les intérêts.

### 1.1 Clarification : CMU versus CSU

Le cadre de lutte contre la pauvreté encourage les Etats à bâtir un socle de sécurité sociale solide qui permettra de garantir un accès pour tous aux services de santé, la mise en place des stratégies de gratuités visées et la protection des personnes au risques des maladies. Ce socle de protection sociale est donc une base sur laquelle se tiennent les stratégies de la CSU. Ses composantes sont multiples, on distingue : les gratuités, la prévoyance sociale, l'assurance maladie et les autres projets destinés à réduire la pauvreté. Les champs d'actions de la CSU comprennent l'offre des services (la qualité, la fourniture des services, les infrastructures de santé) et se concentrent également sur la demande. La CMU quant à elle s'assure de protéger les personnes contre le risque maladie, elle se limite à étendre la proportion des personnes couvertes et assurées, c'est-à-dire la demande. De manière effective, les objectifs de la CMU permettent de corriger les inégalités, de protéger les ressources financières des personnes vulnérables et défavorisées en limitant le paiement direct des soins. Par ailleurs, les données de routine de qualité et de performance, ventilées par des évolutions sociodémographiques et économiques, permettent de renforcer le suivi des indicateurs (en matière critères d'équité, de couverture du risque maladie des populations) des progrès vers la CSU. Bien que les concepts CMU et CSU utilisés sont généralement utilisés de manière conjointe, la CMU permet de progresser et d'atteindre les objectifs de la CSU et les deux servent à atténuer, réduire les dépenses sanitaires et les souffrances des populations.

### 1.2 Objectifs et caractéristiques de la Couverture Santé Universelle

#### 1.2.1 Objectifs de la CSU

Chaque individu et à chaque communauté, indépendamment de leur situation (professionnelle, financière, sociale, etc.) méritent d'avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin et cela sans qu'ils soient exposés à des difficultés financières. La protection sociale pour tous, une couverture santé universelle complète est une opportunité d'atteindre les objectifs d'éradication de la pauvreté et d'accomplissement de la prospérité partagée. Il incombe donc aux Etats de mettre en place des stratégies de développement



- assurer qu'au moins 3 des 4 personnes vulnérables aient accès et bénéficient des services essentiels de santé : cet objectif rejoint les OMD de la santé liés à la planification familiale et les maladies chroniques.

L'amélioration des résultats sanitaires, le renforcement des capacités (intellectuelles, physiques) individuelles et la protection financière permettront aux individus d'être compétitifs sur le marché de l'emploi ainsi de partager les opportunités et la prospérité ainsi générées pour un développement durable et inclusif. Bien qu'il soit difficile d'identifier les indicateurs clés et les voies qui érodent la CSU dû principalement au fait de la complexité des interactions, la diversité des acteurs et la divergence d'intérêts, néanmoins à partir des recherches de Joseph Kutzin <sup>7</sup>(2012) on observe une corrélation entre la CSU et les systèmes de santé. Il en ressort que, il existe différents éléments constitutifs de ce concept (CSU-système de santé), les interrelations en silos sont des sous-systèmes qui favorisent les interventions et facilite le suivi et les évaluations et les résultats. L'analyse des impacts concernant la progression vers la CSU sont définit dans le schéma suivant, il fait un examen des stratégies et politiques mis en œuvre par les pays à partir des trois aspects du système à savoir : l'économie politique : c'est le cadre légal régissant les processus de prises de décisions, elle implique les planifications des politiques, les visions stratégiques, les méthodes de prises de décisions, le système de financement et le cadre d'analyse des prestations des services de santé y afférentes. Le système de financement de la santé correspond à la capacité des pays à mobiliser des fonds nécessaires pour la mutualisation des risques et le paiement des services rendus. Les prestations de services concernent des investissements dans des composantes logistiques liés aux soins et prises en charge de la santé notamment l'achat des équipements, médicaux, les infrastructures, les technologies et les médicaments et aussi les investissements dans les ressources humaines.

Les interventions doivent se faire simultanément dans les sous-systèmes, adopter une approche holistique dans la résolution des conflits entre les différents acteurs et mettre en valeur les synergies. Par exemple, les politiques sur le financement de la santé exercent une influence importante sur les services de santé en termes de répartition, performance des personnels de santé et sont à leur tour influencées, par l'économie politique. Les interactions entre ces différents domaines ou sous-systèmes figurent sur le schéma ci-dessous.

### *1.2.2 Caractéristiques de la CSU*

Selon l'OMS, la CSU fait partie des priorités sanitaires mondiales, elle est l'action la plus efficace que la santé publique puisse offrir aux populations. Néanmoins, les défis de progression vers la CSU restent constants c'est d'ailleurs pourquoi les pays qui l'ont déjà

---

<sup>7</sup> Coordinateur pour la politique de financement de la santé à l'OMS

atteint renouvellent continuellement leurs engagements auprès des parties prenantes, veillent de manière constante à la répartition équitable des services et ressources. Ils ont démontré que c'est à partir d'une gouvernance compétente, des programmes adaptés, d'un dispositif de suivi et d'évaluation continu et des réglementations claires qu'ils ont pu atteindre les objectifs de la CSU. Les caractéristiques de la CSU sont nombreuses mais les plus importantes sont celles qui permettent de mesurer la réussite d'un tel projet. On retrouve donc entre autres :

- la globalité : cette caractéristique comprend l'universalité, elle suppose que toutes les personnes sans distinction doivent être couvertes. Ceci requiert donc des engagements au niveau de tous les segments de la société (décideurs politiques, les professionnels de la sante, les dirigeants d'entreprises et les citoyens), une structure de gouvernance robuste et performante pour soutenir les programmes de changement du système de santé qui s'adaptent continuellement pour satisfaire les besoins des individus.
- la qualité : de la conception à la mise en œuvre, une démarche qualité est nécessaire pour le déploiement de la CSU. C'est dans cette optique que l'OMS et BM ont élaboré de façon conjointe une méthode commune de suivi de la mise en œuvre de la CSU, ceci mènera à l'établissement d'un cadre comprenant les dispositifs complets de suivi de la performance des systèmes pour la CSU. Ce cadre commun est essentiellement axé sur deux composantes spécifiques à savoir : les interventions sanitaires et la protection contre les risques financiers, avec dans les deux cas une forte emphase sur l'égalité.
- adaptabilité : il n'existe pas un mode d'emploi de la CSU, elle ne suit pas un modèle unique, les États devront donc élaborer des stratégies adaptées au contexte politique, social et économique de leur pays tout en privilégiant les quatre axes spécifiés par l'OMS notamment : la réduction des paiements directs, les prépaiements obligatoires, la mutualisation des risques à petite et grande échelle et enfin la stimulation des subventions à l'aider des recettes publiques générales la couverture des personnes (celles qui ne sont pas en mesure de contribuer).

### 1.3 Contexte démographique, socio-économique et technologique camerounais

#### 1.3.1 Contexte démographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale, il est limité à l'Est par la République Centrafricaine, à l'Ouest par le Nigeria, au Sud par le Congo, au Nord par Tchad. Le pays est subdivisé en 10 régions comprenant deux capitales politique et économique respectivement Yaoundé et Douala. La population du Cameroun est estimée à 25,88 millions d'habitants

(2019)<sup>8</sup>, pour une superficie de 475.400 km<sup>2</sup> en moyenne 32.4 habitants par km<sup>2</sup>. Sa structure démographique révèle une population très jeune, les résultats du dernier recensement <sup>9</sup> montrent que, près de la moitié de la population soit 43,6% est âgée de moins de 17 ans et 64,2 % de moins de 25 ans. Cependant, 5.5% de la population est âgée de 60 ans et plus, l'espérance de vie est alors de 52 ans. La densité géographique du pays varie d'une région à une autre, mais on note une forte concentration dans les deux capitales, également dans les régions du Nord et de l'Ouest. Cette répartition démontre également que plus de 65 % de la population demeure en zone rurale, malgré une démographie urbaine en pleine croissance. Par ailleurs 90,4% des populations pauvres habitent les zones rurales. La répartition de la population préalablement énoncée a été matérialisée par des estimations faites par le ministère de la Santé Publique dans le cadre de l'élaboration du plan stratégique national de santé numérique 2020 – 2024. Ces estimations sont décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition de la population totale du Cameroun par région sur la période 2020 – 2024

RÉGION	POPULATION TOTALE 2020	POPULATION TOTALE 2021	POPULATION TOTALE 2022	POPULATION TOTALE 2023	POPULATION TOTALE 2024
Adamaoua	1 345 934	1 381 714	1 420 545	1 460 928	1 500 728
Centre	4 846 002	4 967 833	5 095 147	5 225 915	5 355 618
Est	1 146 981	1 172 028	1 198 736	1 226 797	1 255 231
Extrême Nord	4 734 875	4 874 303	5 023 545	5 178 810	5 336 892
Littoral	3 987 222	4 085 142	4 188 368	4 291 250	4 393 388
Nord	2 964 768	3 074 326	3 173 916	3 276 891	3 380 994
Nord-Ouest	2 278 503	2 307 319	2 338 843	2 369 058	2 398 488
Ouest	2 113 367	2 136 430	2 160 133	2 184 726	2 208 514
Sud	818 190	830 612	844 135	857 642	871 260
Sud-Ouest	1 897 193	1 935 815	1 975 769	2 016 828	2 057 390
<b>CAMEROUN</b>	<b>26 133 035</b>	<b>26 765 522</b>	<b>27 419 137</b>	<b>28 088 845</b>	<b>28 758 503</b>

Source : plan stratégique national de sante numérique 2020 – 2024

### 1.3.2 Contexte socio-économique

Avec un revenu national Brut de 3 570,8 Dollars Américain par habitant (BM, 2019), le Cameroun est considéré comme un pays à revenu moyen. Le pays a connu une croissance économique, avec un taux d'inflation bas, grâce à des activités variées notamment dans les secteurs forestiers, agricoles et les hydrocarbures, etc. La crise financière de 2008 a ralenti la croissance économique mais le pays a bénéficié de la remise de la dette en faveur des pays pauvres très endettées. 67 % des Camerounais de plus de 15 ans sont économiquement actifs, le taux de chômage est estimé à 5.68 % (BM, 2020), ce taux relativement bas ne reflète pas le niveau de vulnérabilité observé sur le marché du travail. Une étude de l'INS révèle que près de 70 % des travailleurs gagnent moins que le salaire minimum, soit 28 300

<sup>8</sup> <https://donnees.banquemondiale.org/pays/cameroun?view=chart> consulté le 27/04/2021

<sup>9</sup> <http://www.bucrep.cm/index.php/fr/recensements/3eme-rgph/20-3eme-rgph/presentation> consulté le 28/04/2021

FCFA et travaillent moins de 30 heures par semaine, ils sont donc considérés en sous-emploi. L'auto-emploi des chômeurs est courant, le secteur informel se développe avec la naissance de nombreuses petites activités commerciales. Environ 80% de la population active est occupée dans le secteur informel (OCDE, 2009). Le Cameroun est caractérisé par un IDH faible, traduisant ainsi le niveau élevé de pauvreté, Par rapport aux 189 pays et territoires étudiés, le Cameroun occupe le 153ème rang<sup>10</sup>, ceci démontre que bon nombre de personnes vivent en dessous du seuil de la pauvreté. Depuis quelques années, les améliorations dans l'éradication de la pauvreté sont également significatives. « De 1990 à 2019, l'IDH<sup>11</sup> du Cameroun a progressé de 25.7%, passant de 0.448 à 0.563, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de 5.9 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 2.8 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4.1 années » (PNUD 2020).

En complément de ces données, Les enquêtes les plus récentes, accessibles au public et utilisées pour estimer l'IPM du Cameroun démontre que, 11,430 millions de personnes soit 45.3% de la population vivent en situation de pauvreté multidimensionnelle et 17.3% sont considérées comme des personnes vulnérables à la pauvreté multidimensionnelle. Pour terminer, la troisième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM3) réalisée en 2007, qui est la plus récente confirmait que 39,9 % la population vivrait dans l'extrême pauvreté.

Ainsi, la population vulnérable compose une part importante de la population totale, il est donc important pour l'Etat de mettre en place des mesures générales pour la sécurité sociale des populations afin d'améliorer la situation socio-économique du pays.

### *1.3.3 Dispositions en matière de développement numérique et e-santé*

Pour mesurer le niveau de digitalisation d'un ou de plusieurs pays, la BM utilise deux variables : la connectivité numérique et la pénétration numérique, d'autre indicateurs permettent d'avoir des données étroites concernant notamment les abonnements de téléphones mobiles, les infrastructures technologiques, etc. Le Cameroun est caractérisé par un taux de pénétration numérique de 23.8%, soit plus de 5 millions d'habitants (banque mondiale ,2019) connectés. Ce taux traduit le pourcentage d'utilisateurs (foyers, individus, entreprises) connectés à internet ou qui utilisent des services en ligne. Bien que de nombreux investissements aient été réalisés à ce jour, le niveau d'utilisation des TIC par les populations et les entreprises demeure limité. De même que la vulgarisation et l'appropriation des TIC restent insuffisantes. L'accès à l'Internet à domicile demeure de

---

<sup>10</sup> <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/CMR> consulté le 29/04/2021

<sup>11</sup> L'IDH est un indicateur synthétique servant à mesurer les progrès réalisés suivant trois dimensions : une vie longue et en bonne santé, l'accès aux connaissances et un niveau de vie décent



12,3% en zone urbaine et de 1,4% en zone rurale. Le pourcentage d'utilisation d'internet et de ses services peut être classifié en trois grands groupes au Cameroun, on distingue à cet effet les régions avec un faible pourcentage (10%) pour les régions du Nord, la région du Nord-Ouest quant à elle enregistre moins de 10%, ensuite on retrouve des régions qui enregistrent des proportions moyennes soit entre 11% et 14% utilisateurs d'internet, nous avons à ce niveau la région du Sud. Les régions du Sud-Ouest, le centre et littoral enregistrent respectivement des proportions de 19%, 49% et 35%.

L'ONU réalise tous les deux ans une enquête sur la gouvernance électronique de ses Etats membres, cette étude a pour but d'évaluer, classier et cartographier la maturité digitale des gouvernements en fonction de plusieurs indicateurs. Le plus important d'entre eux est l'index de développement e-gouvernement (EGDI). Dans le récent rapport « 2020 United Nations E-GOVERNMENT SURVEY », le Cameroun occupe la 144<sup>e</sup> position mondiale avec un EGDI de 0.4325, l'indicateur OSI<sup>12</sup> estimé à 0.4706, l'indice des infrastructures technologiques : 0.2299 et l'indice du capital humain : 0.5971. L'environnement technologique camerounais est en pleine croissance, dans plusieurs domaines des évolutions notables sont observées. Nous remarquons également l'essor de nombreux projets visant d'une part à améliorer l'accès à internet menés par le gouvernement et d'autre part des projets visant à améliorer les conditions de vie.

La e-santé est l'opportunité de mettre en œuvre toutes les dimensions de la santé numérique. Elle permettra notamment de résoudre des problèmes tels que la distance et l'accès, de renforcer l'urbanisation des systèmes d'informations sanitaires, d'impulser la CSU, etc. la figure ci-dessous présente les différents modules pris en compte pour aborder les exigences spécifiques de santé numérique.



Figure 2: modules de la santé numérique au Cameroun Source : plan stratégique national de sante numérique 2020 – 2024

<sup>12</sup> OSI évalue les sites internet officiels des ministères de l'éducation, la santé et des finances, y compris ceux de services en ligne de chaque pays

## 1.4 Questions et objectifs de recherche

Au cours des vingt dernières années, malgré l'appui au développement fourni par les organisations, destiné pour la plupart aux traitements des maladies chroniques, les dépenses de santé payées par les ménages ne cessent d'augmenter rapidement, particulièrement dans les pays à revenu intermédiaire comme le Cameroun. Ces dépenses appauvrissent la population. L'insuffisance des investissements sociaux de santé, ajouté à cela la baisse des rendements des investissements déjà mis en œuvre conduisent à la détérioration des indicateurs sociaux. Ces indicateurs sont directement liés aux ODD 1 relatif à l'éradication de la pauvreté et l'ODD 3 : « *bonne santé et bien-être* » qui encourage l'accès à la santé pour tous.

Tous les membres de la société, quelles que soient leurs catégories méritent d'être à l'abri des maladies, de la mort précoce, de l'invalidité et de l'appauvrissement. Face à ces défis, il est nécessaire d'investir dans la CMU. A travers cet investissement, l'on pourrait aisément prévenir et guérir les maladies des populations. Cela aura des effets bénéfiques considérables en termes de vies plus longues et productives, de niveau de revenu plus élevé. De manière générale une augmentation des performances économiques. L'atteinte de ces résultats exige un renouvellement des engagements et des progrès accélérés en vue de la CMU au Cameroun.

### 1.4.1 *Enoncé des questions de recherche*

Le principal défi à relever est celui d'atteindre la CSU généralisée au Cameroun, le principal problème à résoudre est la réduction des dépenses de santé de la population et de garantir l'accès aux services des personnes vulnérables, dans l'objectif ultime d'atteindre les ODD sus mentionnés. Ainsi, la question principale de cette étude est : Comment, à partir du modèle sénégalais peut-on, mettre en place un système national pour la CMU généralisée au Cameroun ?

Cette question soulève une série de trois questions complémentaires :

- Quels sont les points de convergence entre les dispositifs de sécurité sociale existants et les besoins de la population ?
- Quelle est l'importance de la mise en place d'un système pour la CMU basé sur le modèle des mutuelles au Sénégal ?
- Comment exploiter les outils numériques pour conduire le changement vers la CMU ?

#### 1.4.2 Objectifs de la recherche

Considérant que le choix de déploiement d'un système de santé doit être effectué dans le cadre particulier du Cameroun, il est nécessaire de prendre en compte l'existant dans la résolution de la problématique. Il sera donc question de manière générale d'analyser le système de sécurité sociale existant au Cameroun, tout en mettant en évidence les avancées sénégalaises en termes de CSU afin de mieux cerner les actions potentiellement déployables pour les populations vulnérables. Spécifiquement il s'agira de :

- Diagnostiquer les politiques, programmes, dispositifs existants et leur capacité à répondre aux besoins ;
- Mettre en évidence les enjeux de la CSU et des technologies numériques pour le pays à travers l'expérience de l'ANACMU ;
- Proposer un projet visant à atteindre la CMU au Cameroun par transposition des éléments à succès inhérents au modèle sénégalais ;

#### 1.5 Intérêts de la recherche

Chaque année des millions de camerounais sombrent dans la pauvreté, d'autres meurent précocement, ce fléau est principalement causé par le niveau élevé des paiements directs des services de santé. S'ajoutant à ces difficultés, le Cameroun possède un faible taux d'absorption, d'une part une infime partie des lignes de crédit sont utilisées pour financer la santé. D'autre part, les crédits alloués à cet effet se perdent mystérieusement au sein de l'administration. Proposer une solution efficace et adaptée de protection financière, établir un système de sécurité sociale inclusif qui satisfait les besoins sont les nouveaux défis à relever au le Cameroun d'autant plus que l'extension de la CSU accompagnée des soins de santé de qualité, et sans difficultés financières sont non seulement possibles, mais également primordiaux. L'opportunité m'a été offerte de découvrir un modèle de réussite de progression de la CMU, cette solution vient du Sénégal et est appuyé par un système numérique de pointe. Compte tenu des nouveaux enjeux, il n'est pas surprenant que la santé soit au premier plan des débats de développement dans différents pays du monde. L'Afrique ne fait pas exception. La CSU contribue donc à travers les volontés politiques de protection sociale d'atteindre les ODD et les OMD.

#### 1.6 Résultats escomptés

Au terme de notre travail, nous escomptons les résultats suivants :

- Tous les dispositifs de sécurité sociale au Cameroun sont identifiés et examinés ;
- Un diagnostic technique et organisationnelle détaillé de ces dispositifs est établi ;
- Les difficultés et freins de mise en œuvre sont recensés ;

- Des recommandations de mise en œuvre de la CSU adaptés aux besoins de la population camerounais sont formulée :
- Un modèle architectural de la CSU est proposé.

## 2 Investissements dans la CSU au Cameroun : clé d'une croissance inclusive et durable

Ce chapitre est organisé en deux parties : la première est une revue littéraire des concepts clés à la CSU, présente les théories et les pratiques. La deuxième partie met en valeur de façon détaillée, les composantes du système de sécurité sociale Sénégalais, les dispositifs mis en œuvre par le Cameroun, les hypothèses de recherche et le choix méthodologique.

### 2.1 La couverture maladie universelle : théories et pratiques

#### 2.1.1 Théories

L'OMS définit la couverture santé/maladie universelle comme étant un concept efficace visant à atteindre le développement par la santé publique, elle a pour objectif de garantir à chaque individu et à chaque communauté, indépendamment de leur situation (professionnelle, matrimoniale, financière, etc.), l'accès aux services de santé essentiels et de qualité dont ils ont besoin, sans pour autant être exposés à des difficultés financières. La gamme de services que comprend la CMU englobe la promotion et vulgarisation de la santé, les préventions, les traitements et la réadaptation des soins. Les prestations de santé sont coûteuses, les montants ne sont généralement pas uniformisés et cela peut représenter une véritable difficulté pour les populations. Les auteurs Durairaj et Evans dans le rapport « Fiscal space for health in resource-poor countries »<sup>13</sup> (2011) indiquent les dimensions indispensables pour faire progresser la CSU, il s'agit : d'agir sur la proportion de la population non couvertes, de diversifier la gamme de prestations et services accessibles, et enfin de consolider la proportion des coûts disponibles (OMS, 2008). L'objectif de ces dimensions est bien entendu de couvrir l'ensemble de la population et non une minorité, cet ensemble devra donc être en mesure de recevoir des soins de qualité comme le spécifie Emmanuel Ngabire<sup>14</sup>(2013). Considérés aujourd'hui comme un idéal, les soins de santé de qualité pour tous, le financement suffisant pour la mise en place des systèmes de sécurité sociale témoignent non seulement l'incontestable désir de rallier les adhésions universelles, mais aussi le besoin de converger à une transition des systèmes de santé conventionnelles à une uniformisation. Ce cheminement influe sur les cadres stratégiques et opérationnelles des parties prenantes engagées. Jobert et Muller, auteurs du livre « *l'État en action, politiques publiques et corporatisme* » (1987) définissent la CSU comme étant « un référentiel de politique publique », pour lui c'est un référentiel d'objectifs qui contribue à la

---

<sup>13</sup>World Health Report (2010) Background Paper, No 41, p. 6

<sup>14</sup> Enseignant à l'université National du Rwanda et spécialiste du concept « soins de santé de qualité pour tous »

convergence des éléments scientifiques, politiques, de communication, un « *consensus faiblement normatif et contraignant* » d'après Lautier (2010).

### 2.1.2 Pratiques

Les prestations de la CMU exigent des personnels de santé compétents, des infrastructures équipées, un plan de gouvernance équitable de proximité, cette combinaison optimale d'éléments conduit à la satisfaction de la population. L'expérience du Rwanda démontre que lorsque les stratégies de la CSU se concentrent essentiellement sur l'accès aux services c'est-à-dire celles permettent d'éliminer les mortalités et la morbidité précoce, cela ne garantit pas toujours la qualité des services et la satisfaction des bénéficiaires.

Progresser vers la CSU implique un renforcement des systèmes de santé des pays et des solides piliers de financement participatifs. Lorsque les personnes souffrant de maladies graves ou de longue durée doivent payer de leur poche la grande partie des coûts des prestations, les personnes vulnérables se retrouvent généralement dans l'incapacité de le faire et par conséquent ils n'ont pas accès aux services et se réfèrent à l'usage d'autres médications.

Les acteurs clés de la CMU sont des personnels de santé qualifiés et disponibles à intervenir pour améliorer les résultats sanitaires. La pandémie du corona virus a mis en évidence le rôle inestimable des personnels de santé, d'aide à la personne et la nécessité d'accroître les investissements dans ce domaine. Pour satisfaire les besoins en personnels, compétences de santé et des cibles de la CSU, des ressources (financières, matérielles, humaines, etc.) supplémentaires sont nécessaires, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire on observe généralement des écarts entre l'offre et la demande.

Dans la pratique il existe une plateforme commune d'interaction entre les institutions d'assurances, les usagers et les institutions de santé qui délivrent les services adéquats. Ayant pour but de faciliter la communication entre les différents acteurs du système, cette plateforme permet également d'établir une compréhension commune des rôles respectifs de chacun. Le Sénégal a fait le choix du numérique, à travers ses agents l'usage de l'outil digital (SIGICMU) est aujourd'hui un support de dialogue, d'autres pays comme le Burundi, a opté pour la mise en place de carte d'assurance santé. Il n'existe pas de méthodologie universelle pour atteindre la couverture universelle des personnes mais il existe des bases essentielles pouvant faciliter le déploiement et l'adoption de celle-ci.

## 2.2 Analyse du cadre global de la CMU au Sénégal

### 2.2.1 La sécurité sociale au Sénégal : les gratuités et la CMU

Il y'a quelques années au Sénégal, les stratégies de protection sociale étaient administrées d'une part par les institutions de prévoyance maladie et retraite et d'autre part par des assurances privées, mais ces systèmes ont montré des limites importantes. Notamment, les dépenses des systèmes d'assurance privés sont élevées et ces dépenses occupent 10% du PIB du pays mais aussi seulement 19% (2012) de la population est inscrite et bénéficie des services d'assurance et de couverture maladie, ce pourcentage représente les fonctionnaires de l'Etat et les quelques travailleurs du secteur privé. On retrouve donc 80% des Sénégalais (la majorité sont des travailleurs du secteurs informels) qui ne sont inscrits dans aucun régime d'assurances. Face à ces résultats très limités le gouvernement sénégalais a pris l'initiative de créer l'ANACMU en 2015. L'ANACMU est un acteur majeur dans la mise en œuvre des stratégies de sécurité sociale à travers la couverture maladie universelle, elle a pour mission de permettre à tous les Sénégalais d'avoir accès à des soins sanitaires de qualité, à un coût abordable. L'ensemble des projets développés par cette agence a permis d'accroître le taux de la couverture à l'assurance maladie de près de 50%<sup>15</sup> de la population, 676 mutuelles de santé communautaires déployées dans les 14 régions du pays. La CMU comprend deux volets : les gratuités et l'assurance maladie généralisée gérée par les mutuelles de santé. En ce qui concerne les gratuités, l'on retrouve :

- La dialyse : accessible à tous les Sénégalais souffrant d'insuffisance rénale chronique au stade terminal, ou aigue ;
- Le plan sésame, disponible pour les personnes âgées de 60 ans et plus de nationalité sénégalaise. Il comprend un paquet de soins comprenant les consultations, les examens complémentaires, les hospitalisations, etc. ;
- Les gratuités des soins pour les enfants de moins de 5 ans : au niveau des infrastructures de santé publiques, les consultations, la vaccination, les médicaments et les hospitalisations sont gratuits ;
- La gratuité de la césarienne : à travers la CMU, les femmes enceintes de nationalité sénégalaise dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à la césarienne bénéficient de ce service. Elle comprend l'acte opératoire, le séjour hospitalier n'excédant pas cinq jours, les médicaments.

Les mutuelles de santé communautaires représentent le pilier de la CMU, basées sur le principe de solidarité. A partir des cotisations des membres en plus de la subvention de l'Etat, les adhérents et leurs familles bénéficient d'une protection étendue. Aujourd'hui les bénéficiaires de la bourse sécurité familiale ainsi que les détenteurs de la carte d'égalité

---

<sup>15</sup> Rapport de performance de la CMU 2018

sanitaires sont enrôlés dans les mutuelles de santé et bénéficient de la CMU. A côté de cela, la CMU-Elève et son régime contributif de prise en charge médicale des élèves (cycles élémentaires, primaires et secondaires) garantie la couverture aux élèves d'une durée d'un an renouvelable à chaque rentrée scolaire.

L'ANACMU a la vision ultime d'atteindre à travers couverture du risque de la maladie plus de 75 % de la population sénégalaise à horizon 2030<sup>16</sup>, au centre de cette vision, l'on retrouve la stratégie de transformation numérique qui est au cœur de la stratégie de vulgarisation. Cette transformation numérique est portée le SIGICMU. Ce système est fondé sur des bases solides et accompagné par des technologies d'envergure, il est constitué de plusieurs applications à savoir :

- **SIBIO** : le système d'identification biométrique qui permet d'enrôler toutes les personnes inscrites dans les mutuelles de santé ;
- **SamaCMU** : c'est application mobile des bénéficiaires de la CMU ;
- **GESTAM** : le système d'information de la gestion de l'assurance maladie ;
- **SITFAC** : est le système informatisé de traitement des factures utilisé par les structures de santé ;
- **SunuCMU** : est une plateforme de collecte électronique des cotisations et des financements de la CMU ;
- **Le Datawarehouse** : un entrepôt de données de tous les régimes de la CMU au Sénégal.

Le SIGICMU permet de façon globale aux différentes parties prenantes de traiter en temps réel des opérations, de garantir le ciblage des bénéficiaires, assurer l'effectivité des prestations et de lutter contre la fraude.

### *2.2.2 Conduite du changement : Positionnement du SIGICMU*

Le processus de transformation numérique est conduit en première ligne par la DSI de l'ANACMU, c'est elle qui est chargée de mettre en exploitation le SIGICMU pour répondre aux besoins d'enrôlement et d'identification des populations. Ce dispositif a permis de dématérialiser l'ensemble des processus, notamment le paiement de factures, l'identification biométrique des bénéficiaires, la mise en place d'un entrepôt de données ; également de réduire les délais de traitement des demandes et de paiements des prestataires. Les applications de SIGICMU sont installées sur des composantes et outils matériels composés des tablettes biométriques, des panneaux solaires, des batteries de secours ; les lecteurs d'empreintes digitales, des modems et des ordinateurs portables pour les 200 centres de santé et 37 hôpitaux.) pour les postes de santé.

---

<sup>16</sup> Diagnostic organisationnel – appui au développement et à la mise en œuvre d'un plan vulgarisation multicanale de la CMU au Sénégal



La figure ci-dessous décrit l'architecture technique de quelques modules (GESTAM, SITFAC) de SIGICMU

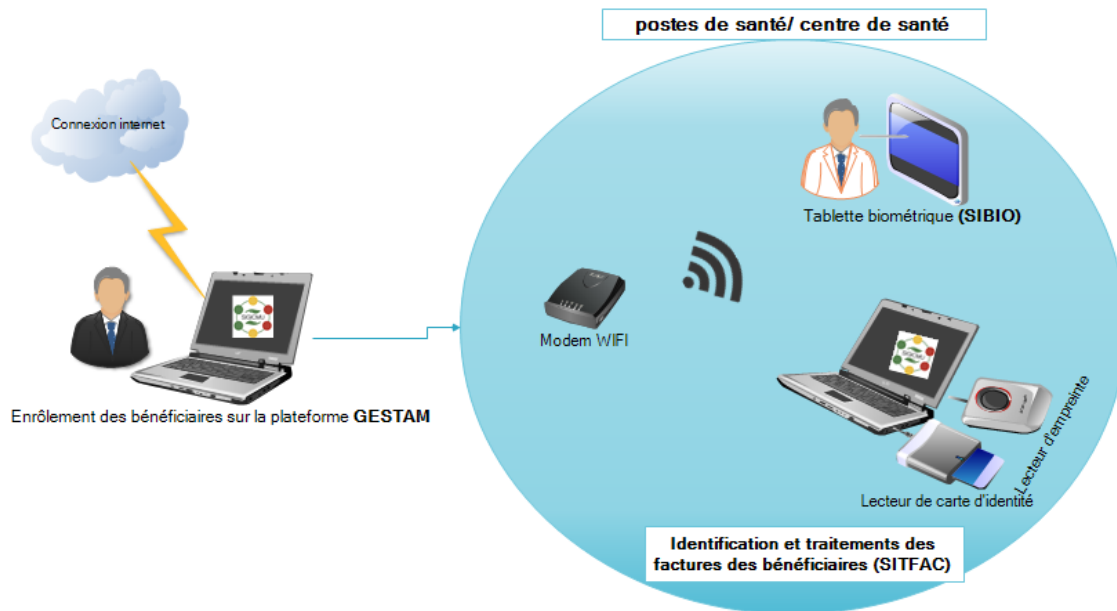


Figure 3: architecture technique du SIGICMU

L'analyse des modules actifs du SIGICMU révèle que son exploitation fait intervenir des nombreux acteurs hétérogènes possédant des compétences diverses, par ailleurs à travers le déploiement de ces nouveaux outils digitaux, cette solution constitue une réelle innovation dans le domaine de la CMU dans le pays.

La stratégie de conduite de changement est fondée sur des principes établis préalablement par la gouvernance numérique de l'agence. Elle a pour objectif de définir une stratégie numérique globale et homogène au sein de tous les systèmes impliqués dans la transformation numérique. La gouvernance numérique fait la synthèse des visions numériques propres à chaque partie prenante (composantes, services centraux, équipes de direction, personnels administratifs et techniques, partenaires, etc.). La formalisation de celle-ci a fait l'objet du plan directeur de SIGICMU (ANACMU, 2018).

La stratégie de gouvernance numérique pilotée par la DSI a la charge de la transformation numérique dans les différents domaines concernés. Elle va notamment fournir les éléments pour conduire le changement, ceux-là qui encadrent les relations entre les parties prenantes, les responsabilités, les processus clés, la pérennité des initiatives, la gestion des risques et l'allocation des ressources à travers des formations, des assistances et accompagnements. Au fil des années et des utilisations, cet outil numérique a témoigné son importance, elle est aujourd'hui une nécessité dans l'atteinte des objectifs de la CMU au Sénégal.

## 2.3 « Statu quo » du système camerounais de sécurité sociale

La CNPS gère le système d'assurance sociale du Cameroun, Elle déploie ses actions à travers trois principales branches : les prestations familiales, les risques professionnels (les maladies et accidents professionnelles), les pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès. La gratuité des soins médicaux n'existe pas néanmoins, il existe des services gratuits, notamment :

- Vaccination et traitement du paludisme des enfants de 0 à 5 ans ;
- Traitement préventif contre le paludisme pour les femmes enceintes ;
- Unité de prise en charge du VIH/sida ;
- Traitement contre de la tuberculose ;

### 2.3.1 Revue des dispositifs de sécurité sociale

**Fonctionnaires** : Ils bénéficient d'un système géré par l'Etat en plus des prestations fournies par la CNPS, elles sont financées à travers des contributions régies par le code du travail. L'employeur prend en charge entièrement les cotisations limitées par un plafonds de 750.000 francs CFA par mois. « *En dehors des prélèvements obligatoires, du remboursement des prestations prévues....., il ne peut être fait des retenues sur les salaires que dans les cas ci-après : en cas d'institution, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de sociétés de secours mutuels comportant le versement de cotisations par le travailleur* »<sup>17</sup>. Ces cotisations s'élèvent à 7% du régime général et domestique, 3,7 % du régime de l'enseignement privé et 5,65 % du régime agricole et assimilés.

Le tableau ci-dessous présente la répartition des travailleurs immatriculés au cours de l'exercice 2019.

Tableau 2 : répartition des travailleurs immatriculés au cours de l'exercice 2019

Catégories activités	Total 2019
Gens de maison	199
Secteur privé	57737
Volontaire	18544
<b>Total général</b>	<b>76480</b>

Source : annuaire statistique 2019 CNPS

**Enfants** : A l'exception des gratuités préalablement citées, et du système appliqué aux fonctionnaires et autres travailleurs affiliés à la CNPS ou à des assurances privées, il n'existe pas de système universel de prestations familiales. Aujourd'hui, au Cameroun, la majorité des enfants n'est pas couverte. Ceux dont les parents font partie de ces exceptions bénéficient des prestations familiales. Le montant des prestations est fixé à 1 800 francs CFA par enfant et par mois. Ces prestations sont versées aux familles pour les enfants scolarisés de moins de 15 ans, jusqu'à 18 ans pour les enfants inscrits dans des écoles d'apprentissages

<sup>17</sup> Code du travail Chapitre 3 - Des retenues sur salaire Art.75.- 1

et ceux qui souffrent d'un handicap ou d'une maladie les empêchant de travailler jusqu'à l'âge de 21 ans.

Tableau 3 : Evolution des effectifs des bénéficiaires d'allocations familiales au cours des 5 dernières années

Bénéficiaires	Période					Variation 2018/2019	
	2015	2016	2017	2018	2019	Valeur	%
<b>Allocataires</b>	48 337	59 612	64 202	70 471	81 823	<b>11 352</b>	<b>16,11%</b>
<b>Enfants</b>	151 187	168641	175 757	200 000	237 783	<b>37 783</b>	<b>18,89%</b>

Source : annuaire statistique 2019 CNPS

**Personnes âgées :** Les personnes âgées ayant souscrits à des services d'assurances de la CNPS bénéficient d'une pension vieillesse, le taux de cotisations est de 8.2 % soit 4.2% à la charge de l'employeur et 4.2 à la charge du travailleur<sup>18</sup>. Cette pension est accessible pour les candidats âgés d'au moins 60 ans, une exception peut être acceptée en cas de départ prématuré en retraite (50 ans), le candidat bénéficie alors d'une pension d'invalidité. Des conditions supplémentaires s'ajoutent aux candidats prétendants à une pension vieillesse notamment : le candidat doit avoir cotisé au moins 180 mois dont 60 mois durant les dix dernières années, c'est-à-dire être fonctionnaire pendant 20 ans ou avoir une activité rémunérée. Tout comme la situation des enfants, une vaste majorité des personnes âgées ne bénéficient pas de pension vieillesse.

Tableau 4 : répartition des bénéficiaires des pensions vieillesse et invalidité décès et vieillesse anticipée 2019

Types de prestations	Nombres de bénéficiaires
Pensions vieillesse et invalidité décès	<b>118 604</b>
Pensions de vieillesse anticipées	<b>26 751</b>

Source : annuaire statistique 2019 CNPS

### 2.3.2 Financements et gestion des soins médicaux

Le Cameroun dispose de nombreuses infrastructures de santé publiques et privées implantées sur tout le territoire, elles sont placées sous l'autorité du MINSANTE et disponibles pour l'ensemble de la population. L'accès aux services se fait moyennant un paiement direct. Le financement des soins est diversifié, d'une part on y retrouve l'apport de l'Etat à travers les fonds du MINSANTE, MINTSS, d'autre part le paiement direct des ménages qui représentent 80% des charges, enfin l'aide extérieure constituée des ONG, les entreprises et assurances privées. Il n'existe pas d'autres formes de gratuités que celles préalablement citées. Le patient fait le choix de l'hôpital ensuite celui de son médecin, il paie directement les soins qu'il reçoit à l'exception des fonctionnaires et des salariés du privé régis par le Code du travail qui sont couverts par les services d'assurance aux risques de la CNPS répartis dans trois branches principales. En ce qui concerne le paiement des frais

<sup>18</sup> Décret N°2016/072 du 15 février 2016

médicaux, ces montants ne sont pas remboursables car il n'existe pas de système d'assurance santé pour l'ensemble de la population. La tarification des services sanitaires varie d'un établissement à un autre qu'il soit public ou privé, à but lucratif ou non lucratif. Au Cameroun, le financement des soins fait face à de nombreuses difficultés économiques mais aussi organisationnelles, c'est ainsi que les conséquences sont nombreuses : une grande partie de la population n'a pas accès aux soins à cause du manque de moyens financiers et par conséquent elle se tourne vers des guérisseurs traditionnels, nous pouvons également citer la pénurie des médicaments dans les établissements publics ; la corruption, etc.

Pour pallier ce déficit, plusieurs programmes de développement de mutuelles d'assurance santé ont été mis en place sur l'ensemble du territoire, mais ces programmes ne couvraient que 2% de la population en 2009 pour 158 mutuelles créées. En plus de ces programmes, il existe également des initiatives pour la CSU dédiées aux maladies qui nécessitent un traitement spécifique, celles-ci restent encore très limitées.

### 2.3.3 Impact de la CSU sur la pauvreté

Les grandes thématiques qui concourent au développement concernent généralement la croissance, la pauvreté et visent à réduire les inégalités et également les investissements dans la santé, en particulier la mitigation du risque maladie qui offre désormais des opportunités favorables de croissance économique. Il existe une interdépendance entre la CSU et la pauvreté, la CSU a pour objectif d'une part d'améliorer l'accès aux soins et donc de contribuer à l'atteinte des ODM pour la santé<sup>19</sup>, d'autre part de réduire la vulnérabilité aux maladies et ses conséquences économiques sur les ménages les plus pauvres et ainsi lutter contre les inégalités sociales.

Il est clairement établi que les évolutions vers la réalisation de la CMU, stimuleront une croissance économique solidaire et durable, cette croissance permettra l'atteinte de ODD 3 « *bonne santé et bien-être* ». Le financement de la santé est un investissement à haut rendement, il profite à l'économie par le biais de six canaux principaux<sup>20</sup> :

- « *Renforcement du capital humain* » : la mise en place et le renforcement des services de santé préventifs et curatifs essentiels pour les premières années des enfants tels que les interventions de santé néonatale, maternelle et infantile comprenant la vaccination et la nutrition contribueront à la création d'un capital humain prospère et équilibré. Ces services constituent les bases d'un potentiel revenu productif par stimulation des indicateurs sociaux créateurs de richesse.
- « *Accroissement des compétences et des emplois, mobilité du marché du travail et formalisation de la main-d'œuvre* » : les nouvelles perspectives d'emploi exigent des

---

<sup>19</sup> Huit objectifs formulés par l'OMS en corrélation avec les dix-sept ODD

<sup>20</sup> Financement à haut rendement de la couverture sanitaire universelle, BM 2019

compétences accrues dans la résolution des problèmes complexes en toute autonomie, de la créativité, l'innovation et le travail en équipe. Investir dans la santé est une condition essentielle d'une part pour le renforcement des compétences des travailleurs, leur facilitant ainsi le changement d'emploi et l'exploitation des nouvelles possibilités, et enfin permettra de créer des emplois viables et croissants.

- « *Réduction de la pauvreté et des inégalités* » : les dépenses de santé sont de plus en plus élevées, et appauvrissent la population, un financement inclusif et solidaire est donc l'une des solutions possibles pour limiter ces dépenses et réduire les frais médicaux à la charge des patients. Les individus n'auront plus à s'appauvrir pour bénéficier des soins de santé et accéder à des ressources médicales. Les ressources financières ainsi générées pourront être investies ailleurs : c'est la protection financière et elle présente de nombreux avantages dont la réduction des inégalités de revenus.
- « *Amélioration de l'efficacité et de la discipline financière* » : l'optimisation de l'efficacité des ressources sanitaires permet de rehausser la qualité des gammes des services proposées et garanti la stabilité de la protection financière, tout en maîtrisant la hausse des coûts. Associé à ces mesures, la mobilisation des ressources supplémentaires utilisables dans des projets à court et long terme impactera positivement les dépenses publiques liées à la santé et représentant une proportion de 11% en moyenne.
- « *Promotion de la consommation et de la compétitivité* » : facilité par l'impact de la CSU et l'accumulation de capital humain protégé, les travailleurs, les sociétés s'adaptent rapidement à un environnement innovant et hautement compétitif. Au-delà des avantages précédemment cités, le concept de protection financière libère les individus de l'épargne de précaution ainsi stimule les dépenses pour d'autres biens et services. Les investissements dans la santé relâchent des ressources productives pour de nouvelles utilisations permettant ainsi aux pays d'acquérir ou de conserver un avantage comparatif dans le marché international.
- « *Renforcement de la sécurité sanitaire* » : il n'est plus à démontrer que les systèmes sanitaires africains sont fragiles, les récentes crise (l'Ebola en Afrique de l'Ouest de 2013 à 2016) et la pandémie de la COVID 19 ont laissées des cicatrices économiques durables qui peuvent ralentir et faire reculer le développement économique et social de plusieurs années, voire de décennies. Les investissements dans les mesures de préventions, le renforcement des capacités du personnel soignants (secteurs primaires et communautaires), des laboratoires de santé publique, des systèmes d'information, sont nécessaires pour la détection et l'atténuation des maladies infectieuses et des propagations incontrôlables.

En plus de sauver des vies, l'investissement dans la CSU permet d'avoir des réponses rapides et adaptées aux épidémies, de garantir la protection financière des individus et enfin d'accroître le développement économique du pays.

2.3.4 Place de CMU au Cameroun : stratégies et financement

Les pays comme le Sénégal, l’île Maurice et le Niger ont démontré leur volonté d’atteindre la CSU, illustrent aujourd’hui comment celle-ci peut agir comme un dispositif essentiel d’amélioration à accessibilité des services de santé pour tous et contribue à établir les bases d’une croissance économique durable et équitable. Au Cameroun, le mot d’ordre a été donné par le chef de l’Etat en 2017 à travers ces mots : « *Nous allons poursuivre nos efforts, afin de faire bénéficier à nos populations des soins de santé de qualité et accessibles à tous. C’est dans cette optique que j’ai donné au Gouvernement l’instruction de parachever les réflexions relatives à la mise en place progressive de la Couverture Santé Universelle* »<sup>21</sup> . Des analyses préalables d’élaboration du projet de système national de Couverture Santé Universelle au Cameroun ont relevé de nombreux manquements qui ralentissent l’atteinte de l’enjeu stratégique de la santé à savoir : « *Amélioration de l’accès universel aux soins et services de santé de qualité* »<sup>22</sup>.

Les fonds pour la santé au Cameroun proviennent de trois principales sources : les contributions des populations, l’aide internationale et le budget de l’Etat. Les ressources financières allouées pour la santé représentent 728. 1 milliards FCFA (dépense totale de santé en 2012) soit 3 400 FCFA de dépense par habitant et 70 % de paiement direct des ménages. Ainsi la part du budget de l’Etat alloué à la santé oscille entre 5.5% et 7% depuis 2011 alors que la « déclaration d’Abuja »<sup>23</sup> recommande 15%.

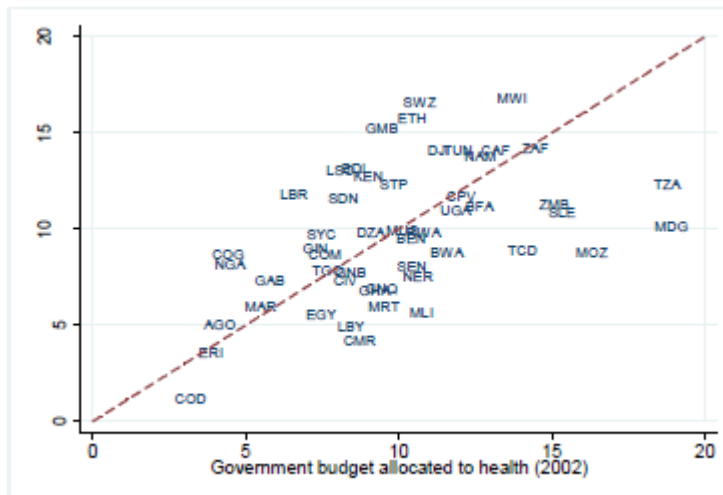


Figure 4: Progrès limités des pays dans l'atteinte des objectifs d'Abuja

Source : OMS, Global Health Expenditure Database (GHED)

<sup>21</sup> Extrait du Discours du Chef de l’Etat, S E M PAUL BIYA, à la Nation, le 31 décembre 2017

<sup>22</sup> Stratégie sectorielle de sante 2016-2027

<sup>23</sup> Engagement des gouvernements africains à une mobilisation supplémentaire des ressources financières (caisses publiques) allouées au secteur de la santé



qu'ils ne prennent pas en compte les réalités et ne touchent pas l'ensemble des couches sociales) ;

- La deuxième hypothèse suppose que le numérique est un maillon essentiel pour conduire le changement vers la CMU ;
- La troisième hypothèse part du principe que la mise en œuvre d'un système national pour la CMU basé sur le modèle des mutuelles conditionne l'atteinte totale de la couverture.

## 2.5 Choix méthodologique

Notre démarche méthodologique est basée sur une étude descriptive et empirique. L'empirisme signifie que la connaissance émane de l'expérience et que la prise de décision s'appuie sur l'observation des faits. L'analyse descriptive quant à elle consiste à décrire un phénomène ou une situation existante, cette analyse permettra de collecter des données et informations relatives à cet existant. Etant donné la nature de la question centrale de recherche : Comment, à partir du modèle sénégalais peut-on mettre en place un système national pour la CMU généralisée au Cameroun ? Nous procéderons à l'application de deux démarches : la démarche quantitative et qualitative. Elles permettront d'obtenir des informations précises et de juger la perception de l'échantillon quant au sujet étudié.

Les variables sur lesquelles seront basées notre étude sont : la corrélation entre les différents systèmes de sécurité sociale au Cameroun, le recensement des besoins implicites et explicites de la population, importance des mutuelles et exploitation des outils numériques en faveur de la CSU. Le schéma ci-dessous décrit de façon détaillée notre démarche méthodologique.



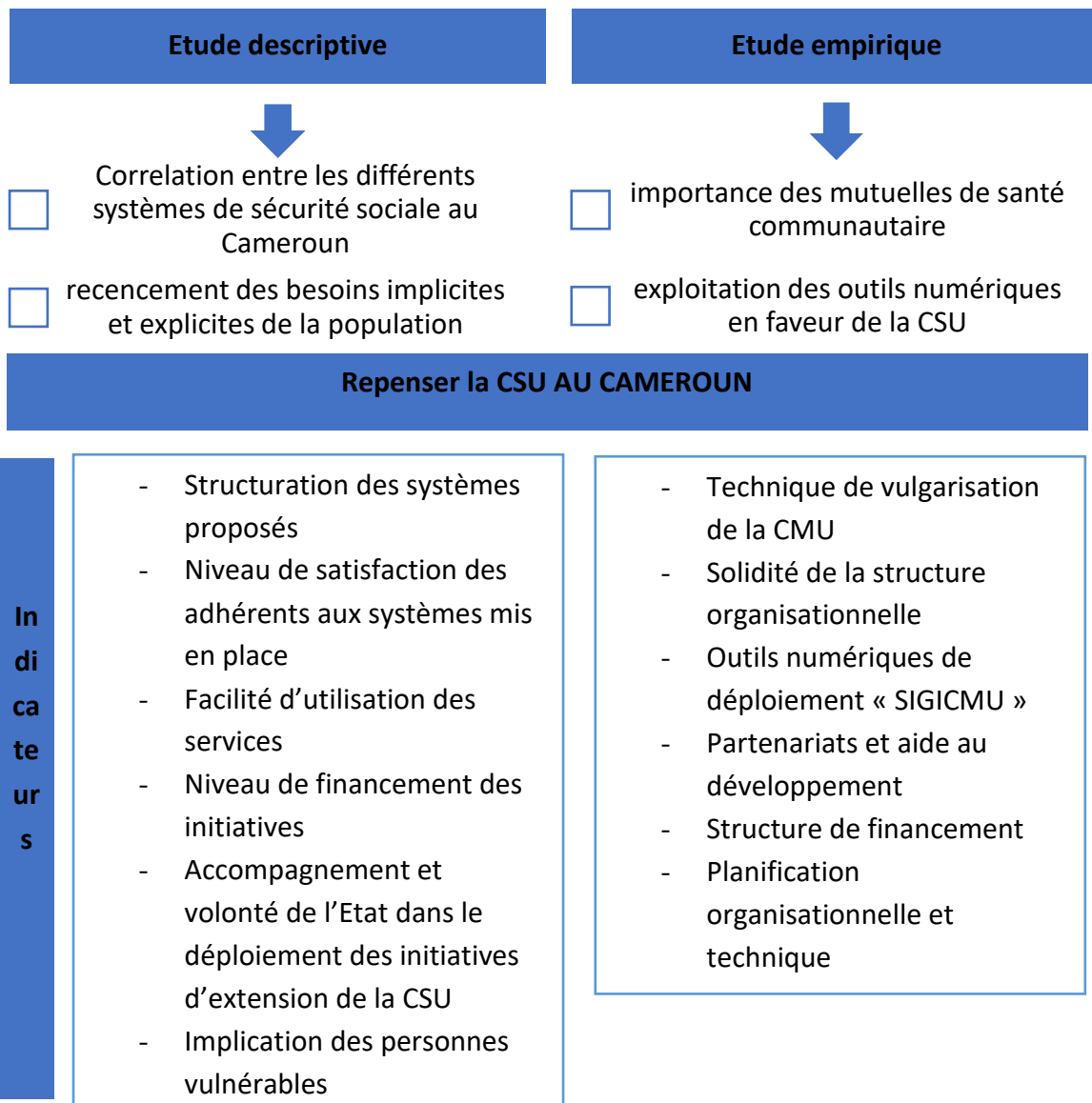


Figure 6: Proposition du cadre méthodologique de la recherche

## 2.6 Limites de l'étude

Notre étude prend en compte un cadre des limites qui ont probablement influencé les résultats de notre recherche. L'une des principales limites concerne l'échantillonnage. En effet, la représentativité de l'échantillon peut susciter quelques interrogations. Pour des raisons de proximité et au vu des délais imposés, nous avons interrogés 15 représentants de ménages (chef/cheffe de famille). Il est important de notifier également que la proportion moyenne des membres de chaque famille variait de 3 à 4 membres. Cependant pour plus de représentativité nous avons formulé une estimation de 6 personnes en moyenne, cela conduit à une moyenne de 55 personnes. La deuxième objection peut être soulevée quant aux nombres de répondants de l'enquête globale concernant le déploiement du nouveau système, ceci nous emmène donc à nous interroger sur la taille de la population ayant

répondue. Malgré le petit nombre des répondants, nous avons pu mettre en évidence les freins à la mise en œuvre et les difficultés rencontrées par la population.

Par ailleurs, les entretiens directs et semi directifs se sont déroulés en ligne. Les divergences d'emploi temps auxquelles nous avons été confrontées, nous ont contraints à conduire la collecte des réponses via des questionnaires dédiés. Cette méthode ne laisse pas voir et apprécier convenablement les données qualitatives. Il est à noter aussi que dans certains cas, nous avons procédé à un regroupement des variables bien que nous ayons trouvé quelques représentations statistiques de celles-ci. Néanmoins il est recommandé de traiter minutieusement les facteurs étudiés. Enfin, la réalisation d'entretiens avec des professionnels au niveau de la CNPS et du ministère de la santé aurait permis de consolider les diagnostics et de confronter les avis des utilisateurs (consommateurs de services) avec ceux des décideurs.

### 3 Repenser la CMU au Cameroun : cadre d'action et leçons tirées de l'expérience sénégalaise

#### 3.1 Diagnostique organisationnel et technique : enquêtes de terrain, entretien (secteur formel et informel)

##### 3.1.1 Diagnostic organisationnel

Il n'existe pas une approche universelle pour atteindre la CMU, les stratégies dépendront de l'environnement de déploiement, du contexte socio-politique, organisationnelle et économique du pays. Au Cameroun, la sécurité sociale est gérée par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) sous tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, elle a pour mission d'assurer la mise en œuvre des services et des prestations diverses prévue par la législation pour la réalisation des politiques générales établies par le gouvernement.

La figure ci-dessous décrit la structure organisationnelle de la CMU au Cameroun

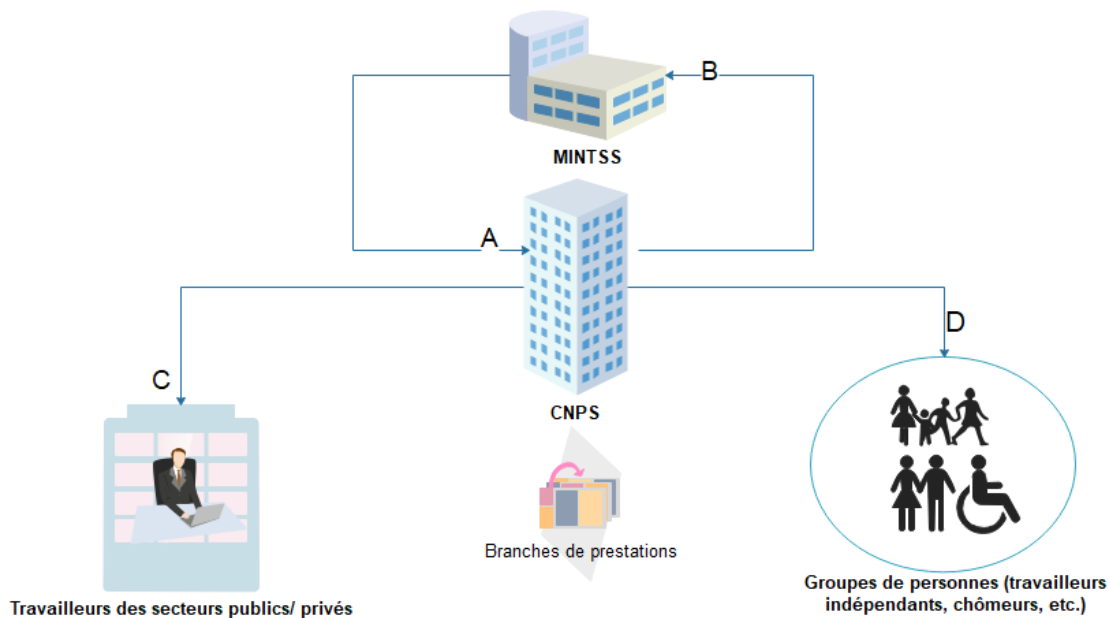


Figure 1 : structure organisationnelle de la CMU

Cette organisation permet d'identifier les principales parties prenantes de la CSU à savoir : le MINTSS, la CNPS, la population, le ministère de la santé publique. L'Etat ici agit à travers le MINTSS : il élabore et met en œuvre les politiques de prévoyance et de sécurité sociale, c'est le point de contact entre le gouvernement, les organisations patronales, syndicales et les institutions du système des nations-Unies et de l'Union Africaine. A côté de cela l'on

retrouve le ministère de la Santé publique (n'est pas matérialiser sur la figure) qui veille à l'extension de la CSU sur l'ensemble du territoire.

**Flux A :** le MINTSS élabore les stratégies de la protection sociale qui sont gérées directement par la CNPS.

**Flux B :** CNPS est un acteur du ministère, il met en application des stratégies élaborées.

**Flux C :** la CNPS assure la protection des travers des secteurs privées et publiques à travers ses différentes branches préalablement citées.

**Flux D :** la CNPS assure la protection sociale des travailleurs indépendants qui peuvent s'enrôler ensuite s'immatriculer dans le cadre de l'assurance santé volontaire, cela est possible dès âge de 14 ans, sous réserve de l'accord parental et depuis novembre 2014.

### 3.1.2 Diagnostic technique

La matrice de diagnostic technique ci-dessous est un outil d'évaluation et d'analyse des dispositifs de CSU mis en place actuellement au Cameroun. Cette évaluation permet également de comprendre si ces dispositifs répondent aux besoins réels et objectifs fixés pour la sécurité sociale de la population. Quatre principaux axes sont ainsi évalués : la conception et l'élaboration des stratégies, la mise en œuvre des actions planifiées, la qualité de services et la collaboration entre les parties prenantes.

Tableau 5: matrice cadre de référence pour un diagnostic rapide de la situation actuelle et des besoins de sécurité sociale

	Dispositifs de sécurité sociales existantes	Actions planifiées	Déficits d'élaboration des stratégies	Déficits de mise en œuvre	Institutions et agences impliquées
<b>Santé</b>	Gratuités Prestations familiales	Objectifs fixés par les stratégies nationales de santé et de sécurité sociale	Manque et insuffisance de financement		MINSANTE CNPS MINTSS MINAS Organisations internationales
<b>Enfants</b>			Insécurité élémentaire pour revenu	Organisationnelle	
<b>Personnes actives</b>			Absence de socle de protection sociale	Gaspillage de ressources	
<b>Personnes âgées</b>					
<b>Personnes très pauvres et vulnérables</b>	Programme spécial d'aide à la réinsertion des personnes vulnérables et défavorisées, PAIRPPEV, programme de filets sociaux, etc.				

Inspiré du modèle établi par le département de la protection sociale du BIT, cette matrice est un cadre de référence qui fournit aux parties prenantes de la sécurité sociale au

Cameroun, un diagnostic des dispositifs existants, il permet d'identifier les déficits (de planification et de mise en œuvre) et les manquements nécessitant des améliorations, des rationalisations et ou des coordinations. L'analyse de ce cadre diagnostic fait un état des lieux de la situation actuelle en tenant compte des objectifs prévues dans les stratégies nationales et des traités.

Les problèmes d'articulation des dispositifs et de champs d'intervention sont observables, ainsi le premier ensemble de déficiences présentes les insuffisances liées au manque de financement, des déficits de coordination et d'articulation. Ces carences ont été largement soulignées dans différents rapports et analyses conduits par des représentants de l'OMS et des conseillers techniques auprès des ministères de la Santé et du MINTSS. Ces problèmes sont abordés comme une analogie à de nombreuses expériences de mise en place des projets de sécurité sociale en Afrique. Dans un système faisant interagir de nombreux acteurs aux intérêts parfois opposés, la cohérence de l'approche globale et la convergence des bénéficiaires sont à construire. Le document « *réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun* » (BIT, 2020, p13), évoque les déficits de protection par rapport aux garanties du Socle de sécurité sociale et fait une estimation des coûts et des impacts de ceux-ci sur la pauvreté. Concernant, l'absence de socle de protection sociale, les enjeux importants mettent en évidence les moyens utilisables pour garantir la congruence entre les approches « top down » et « bottom up » des stratégies de sécurité sociale. Les premières sont des stratégies formulées par l'Etat à l'instar de l'extension de la CSU au niveau de toutes les couches sociales sans distinction de la situation professionnelle des individus. Les secondes sont des initiatives qui répondent aux besoins communautaires et locaux. Pour que le processus de cohésion entre les deux approches soit une réussite, il faut considérer ces deux champs d'actions comme étant complémentaires et devront donc être conjointement mis en place. En outre, il convient d'ajouter que les initiatives de développement de la sécurité sociale pâtissent d'un problème de coordination entre les acteurs internationaux d'aide au développement. Ainsi, certaines organisations proposent de développer de façon relativement indépendante et distincte des programmes de sécurité sociale parlant des questions de la CSU et de protection financière. D'autres plutôt orientent leurs actions vers une approche très ambitieuse visant à recourir à une utilisation d'outils de protection innovants. Les indicateurs de performance des projets de sécurité sociale doivent intégrer une base préliminaire pour l'adéquation des solutions proposées par les parties prenantes, permettant ainsi une amélioration des objectifs définis et des prestations sociales de la qualité, ces mécanismes permettant une coordination entre les stratégies et les projets mis en œuvre.

### 3.1.3 Enquêtes de terrains et collecte des données quantitatives et qualitatives

- **Revue de littérature :** « *Un domaine de recherche renvoie souvent à une discipline, une recherche peut avoir une orientation psychologique, sociologique, économique,*

*historique, pédagogique, didactique, etc.* »<sup>24</sup>. Par rapport à l’envergure de notre travail et des objectifs définis, il est question ici d’examiner les articles scientifiques, des ouvrages spécifiques sur le sujet, des thèses, des mémoires, des textes juridiques et réglementaires, des stratégies et politiques en matière de CSU, afin d’en tirer des informations pertinentes qui permettront d’apporter un jugement de valeur des situations. Cet exercice est cadré par deux objectifs principaux : comprendre les contenus théoriques et pratique de la CSU au Cameroun, examiner la situation du Cameroun, cerner les bonnes pratiques sénégalaises basées sur une approche intégrée afin d’en tirer des leçons pour faire d’éventuelles propositions pour le cas du Cameroun.

- **Entretiens directifs et semi directifs** : ils sont organisés en entretiens individuels et collectifs auprès des personnes désignées (le personnel de la DSI/ANACMU, les gérants des mutuelles de santé communautaires, membres de la population appartenant à l’échantillon). Ces entretiens permettront de collecter des données qualitatives et quantitatives à travers des échanges. Les interlocuteurs seront interviewés par rapport aux indicateurs définis dans le cadre méthodologique. Les thèmes abordés dépendront du statut de chaque l’interlocuteur. Les sujets abordés sont décrits dans le tableau suivant :

Tableau 6: Entretiens directifs et semi directifs

	<b>Personnels de la DSI/ de l’ANACMU</b>	<b>Gérants des mutuelles de santé communautaires (Sénégal)</b>	<b>Population de l’échantillon</b>
<b>Sujets abordés</b>	Apports des outils numériques dans la conduite du projet	Impacts des mutuelles dans les processus de la CMU	Les raisons de désintérêts vis-à-vis des systèmes mis en place par la CNPS
	Points d’amélioration organisationnelles ou techniques	Améliorations du PGI de la CMU dans la gestion des mutuelles	Motivations de souscription à une mutuelle de santé
	Méthode de changement appliquée	Expériences positives et négatives à retenir du projet	Les besoins de couverture (quels services à privilégier)

- **Les enquêtes de terrains** : nous procéderons à une enquête de masse dont le but sera d’analyser de façon globale la situation de la CSU, elle sera destinée à toute la population camerounaise. Ces enquêtes sont basées sur des méthodes simples de recherche qui présentent des avantages comme la rapidité, le coût réduit, la mobilité et la possibilité de contacter des personnes éloignées géographiquement, etc. Les sondages sont conçus à partir de l’outil « *Forms* » de Google, la médiation de la relation par l’ordinateur est prise en compte, nous disposerons donc de plusieurs

---

<sup>24</sup>Extrait tiré du cours « Ingénierie de la formation » du professeur. Hamidou Nacuzon SALL, Chaire UNESCO Sciences de l’éducation CUSE/FASTEF/UCAD-Dakar et équipe Labo CUSE, p. 11

canaux de diffusion afin d'enrichir les données collectées. D'autre part, un questionnaire sera réalisé pour sonder l'échantillon représentatif de la population étudiée. Ces questionnaires (cf. annexe 1 et annexe 2) permettront de recueillir des données statistiques, de les interpréter et de prendre des décisions.

#### *3.1.4 Méthode de traitement et d'analyse des données collectées*

Les données qualitatives issues des entretiens sont traitées à partir d'une logique sémantique qui consiste à un traitement manuel et une analyse empirique des idées, des mots, et de leurs significations. Ces données (phrases, expressions du langage, mots, gestes et impressions, etc.) seront recueillies dans un inventaire d'informations appelé verbatim<sup>25</sup>. Elles seront ensuite codées étape par étape. Le codage implique la classification des données brutes dans une grille d'analyse. Un traitement statistique sera appliqué aux données quantitatives, il se fera à travers un logiciel de traitement désigné. Dans ce cas nous utiliserons le logiciel Excel de la suite Microsoft office. Des relations seront établies entre les catégories de données (qualitatives et quantitatives) produites par visualisation graphique des diagrammes.

Pour mener à bien notre étude il est important de collecter des informations, connaissances et opinions actualisées en rapport avec la problématique posée. Les informations sont collectées auprès de la population camerounaise (Enquête diagnostic sur le fonctionnement de la couverture santé au Cameroun, voir annexe 1), des acteurs du déploiement de SIGICMU au Sénégal (entretien directif avec le DSI de l'ANACMU) et enfin des travailleurs du secteurs informels au Cameroun. Les outils de collecte utilisés ici englobent les entretiens directifs, semi-directifs et les questionnaires.

Concernant les questionnaires, cet outil permettra de recueillir un maximum d'informations précises auprès des cibles que sont : la population camerounaise, les personnes vulnérables et les acteurs majeurs de l'expansion de la CSU digitalisée. Notre démarche consiste à définir :

**Un cadre du questionnaire**, permettant de fixer le type de questionnaire à concevoir, établir une stratégie de diffusion et de vulgarisation. De manière spécifique nous procéderons à la clarification des dimensions des questionnaires, celles-ci sont des grandeurs réelles mesurables à partir des répliques des répondants, ensuite il s'agira de déterminer les composants à travers la décomposition des dimensions en unités facilement manipulables. Le schéma ci-dessous illustre la démarche de conception des questionnaires.

---

<sup>25</sup> Transcription des données brutes de l'enquête par écrit

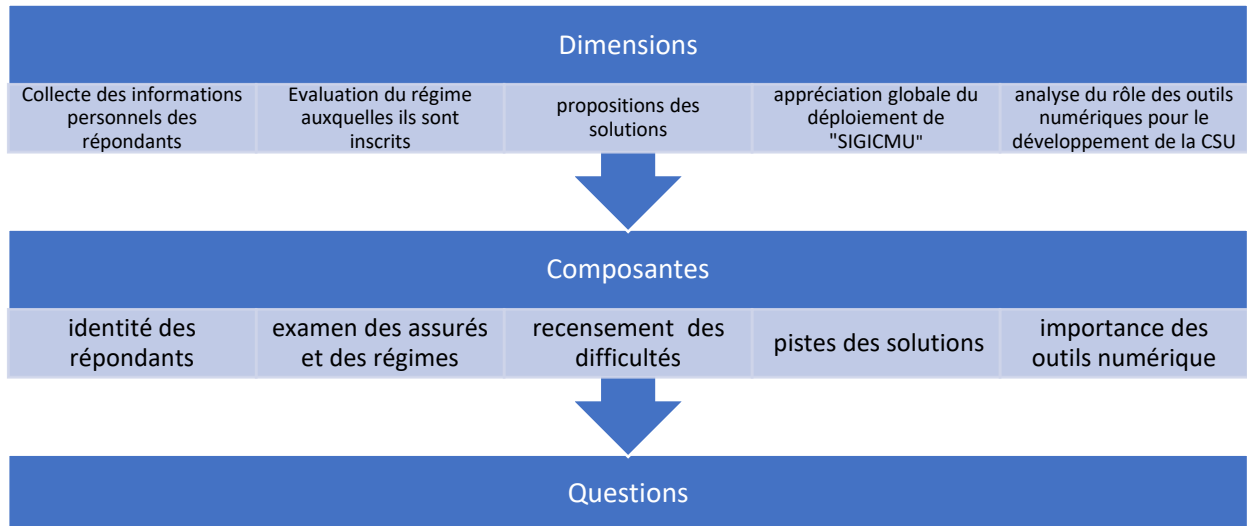


Figure 7: démarche conceptuelle des questionnaires

**L'administration des questionnaires** : internet est la voie par laquelle sont introduites les enquêtes. Les répondants y auront accès via les réseaux sociaux, les messageries web, ils auront le choix de partager les questionnaires à partir d'un lien unique. La méthode de passation favorise le partage de plusieurs vers plusieurs.

**L'Exploitation** : les données collectées sont comptabilisées à partir de l'outil d'administration, les réponses cumulées sont représentées par des graphiques facilitant la visualisation des résultats.

### 3.1.5 Echantillonnage

Le professeur Feuerstein<sup>26</sup>, décrit l'échantillonnage comme étant l'action de « *regarder attentivement une partie d'une chose afin d'en apprendre plus sur la chose dans son entier* », elle vise à obtenir des informations et connaissances approfondies d'un groupe ou plusieurs sous-groupes de personnes. Un échantillon se définit comme étant un ensemble d'individus statistiquement représentatif d'une population donnée. De manière générale, l'échantillonnage permet de réduire les erreurs d'estimations pour les variables d'enquêtes, tout en limitant le délai de réalisation de l'enquête.

Après une collecte des données exhaustive de la population camerounaise, nous aurons recours un échantillonnage en grappes non probabiliste, basée sur une méthode empirique, avec pour objectif d'étudier l'échantillon choisi, de produire des estimations fiables et des inférences qui nous permettront d'obtenir des résultats et des conclusions pertinentes sur la situation de la CSU au Cameroun. L'échantillonnage en grappes consiste à :

- Diviser la population en groupes ou en grappes à partir des critères définis : à la suite on obtient une base de sondage en groupements selon ces critères.

<sup>26</sup> Fondateur de la méthode Feuerstein basé sur la théorie de la « *Modificabilité Cognitive Structurale* »



- Sélectionner un certain nombre de grappes pour représenter la population totale : les résultats de l'enquête<sup>1</sup> serviront d'indicateurs de sélection.
- Répartir dans l'échantillon toutes les unités incluses à l'intérieur des grappes sélectionnées.

Notre plan d'échantillonnage se déroule comme suit :

- **Définition de la population :** Il s'agira ici d'identifier les éléments caractéristiques de la population et les unités d'échantillonnage. Ces spécifications possèdent des informations désirées pour répondre aux objectifs d'une étude, elles feront l'objet de la deuxième étape qui est la sélection. Dans le cas précis de notre étude nous retenons les critères qui constituent la situation socio-professionnelle, les capacités physiques et mentales décrites dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7: Identification de la population cible

Problème posé	Réponse= population cible		
	Eléments/ Unités d'Echantillonnage	Critères socio- professionnelles	Critères capacité physiques et mentales
Recenser et comprendre les difficultés de mise en œuvre de la CSU	Les ménages ( Homme et femmes utilisateurs ou non des services de couverture maladie)	Chômage Situation financière précaire Les personnes âgées	Les handicapés (jeunes et âgés)

- **Détermination d'un cadre d'échantillonnage ou base de sondage :** A partir des critères empiriques choisis, il s'agira de sélectionner et étudier la structure de la population à travers deux étapes. Dans ce cas, trois caractéristiques spécifiques ont été retenus comme critères de base, il s'agit de : l'âge, la répartition géographique et la situation financière. Ces caractéristiques permettent de déterminer la base d'une meilleure approximation possible de la population. La ville de Yaoundé (capitale politique) est la base de notre sondage, elle est constituée de 4 100 000 habitants (2020), possédant 304 km<sup>2</sup> avec une superficie urbanisée de 183 km<sup>2</sup>. La méthode de tirage appliquée ici est adaptée au problème posé.

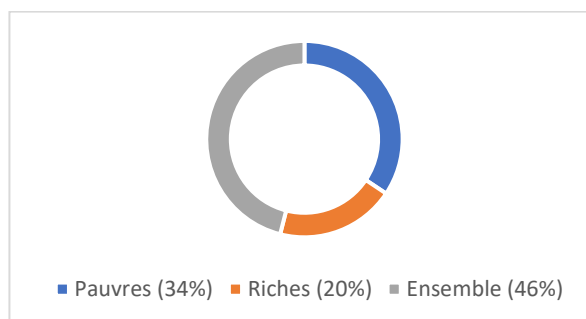


Figure 8: répartition de la population pauvre dans la ville de Yaoundé

- **Application de la méthode d'échantillonnage** : La démarche consiste à choisir échantillon approximativement identique à la population mère. Nous avons procédé en deux étapes : (1) choix du quartier de Yaoundé, (2) stratification et détermination des foyers à sonder. Influencée par les critères sus mentionnés, notre réflexion s'est donc tournée vers la population du quartier Mvog-Ada dans l'arrondissement de Yaoundé V. Population majoritairement jeunes (0 à 60 ans), constituée des personnes venant de toutes les catégories sociales, étant à quelques mètres du centre-ville et des institutions gouvernementales, la plupart des fonctionnaires et travailleurs du privés ont tendance à s'y installer néanmoins une autre moitié est occupée par des populations très pauvres (les autochtones). Ils sont le plus souvent exposés à la précarité financière. Au travers de cet échantillon il est question de comprendre les difficultés de mise en œuvre de la CSU, analyser les freins d'extension, les raisons de non-adhésion aux programmes existants, proposer des solutions, mesurer le niveau d'adhésion et récolter les avis et appréhensions.
- **Détermination de la taille de l'échantillon** : Les données du dernier recensement donnaient la structure suivante en termes de sexe et d'âge de l'échantillon :  
Sexe : 52.63% de femmes, et 47.37% d'hommes, Age : 33% de personnes de 20-29, 41.14% de personnes de 30-44, 25.86% de personnes de 45-60.  
Pour un échantillon et de 100 personnes, on devra ainsi sonder en termes d'âge :  
 $100 \times 33\% = 33$  personnes de 20-29  
 $100 \times 41.14\% = 41$  personnes de 30-44  
 $100 \times 25.86\% = 26$  personnes de 45-60  
Conscients que les ménages sont constitués en moyenne de 6 personnes. Nous nous adressons donc à 16 représentants des ménages de ce quartier.
- **Cartographie de l'échantillon** (voir annexe 6).

### 3.2 Accélérer le progrès en vue de la mise en place de la CSU : orientations, directions et opportunités

#### 3.2.1 Orientations

La CSU est récemment entrée dans une phase d'extension au Cameroun, même si la mise en œuvre des projets d'extension demeure lente et insuffisante, le mouvement est réel et semble irréversible. Les progrès vers la CSU sont non seulement cruciaux pour la promotion de l'équité, des droits fondamentaux et de la sécurité humaine en matière de santé, mais sont aussi porteurs d'importants avantages économiques. De nombreux pays d'Afrique à l'instar du Sénégal ont fait preuve d'un leadership impressionnant dans la conduite de leur programme d'extension de la CMU, soutenu par des engagements portés sur les OMD et des ODD. C'est d'ailleurs à partir de ces objectifs que l'OMS présente les trois dimensions à considérer pour progresser vers la CSU. Ces trois composantes interreliées font apparaître les besoins de (a) diversification des services de santé pour qu'ils répondent aux besoins, (b)

construction du socle de protection financière contre le paiement direct des services de santé utilisés, et (c) de mise en œuvre de la couverture de l'ensemble de la population

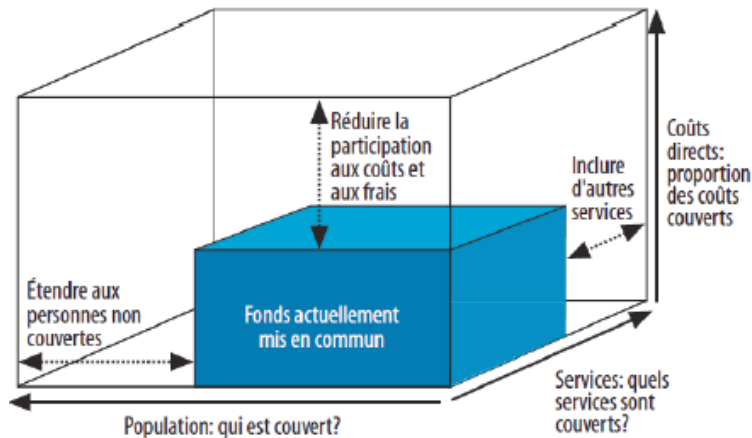


Figure 9: Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle

Source : Site OMS, [http://www.who.int/health\\_financing/strategy/dimensions/en](http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en).

Faisant suite à des décennies de financement insuffisant et des dépenses de santé accrues dans les pays pauvres et à revenu intermédiaire comme le Cameroun, l'élaboration de ces dimensions marque le début d'une nouvelle ère. Elles décrivent des axes d'orientation permettant la croissance de la couverture et l'atteinte des objectifs. Les dimensions du cube de l'OMS apportent des réponses aux questions concernant les services, les coûts, la population couverte, il est convenable que les services offerts et couverts soient suffisamment acceptables sur les plans sociaux, culturels (adaptés aux perceptions culturelles) et socio-économiques (les services fournis sont équitables afin de garantir une utilisation optimale par la population). D'après les résultats de l'étude le constat est fait, au Cameroun, les traitements réservés aux utilisateurs de la CSU diffèrent selon les couches sociales, les personnes vulnérables reçoivent moins d'information, celles en situation professionnelle précaire moins d'attention, etc. Les services de santé de la CSU doivent être soumis au respect des contraintes d'équité, acceptabilité et de qualité. Moyennement développée dans les DSRP, la progression vers la CSU exige également une consolidation des fonds alloués à la santé, une gouvernance efficace des systèmes de santé dans le but d'élargir les champs d'action et d'intervention de la couverture et de renforcer les ressources et fournitures pour une offre de service de qualité.

### 3.2.2 Directions : leadership politique et une vision stratégique claire

Accélérer les progrès vers la CSU au Cameroun est à portée de main mais cela exige une volonté politique et des objectifs claires. Le Cameroun comme la plupart des pays africains a intégré l'extension de la CSU dans ses stratégies sectorielles de santé 2016-2027, « Amélioration de soins et services de santé de qualité », tel est l'enjeu majeur visant à réduire

la pauvreté dans le secteur de la santé formulé dans ce document. Cet enjeu vise également de manière globale à coordonner, renforcer les efforts entre le MINSANTE et les autres parties prenantes en charge de la CSU ajouté à cela la mobilisation des ressources financières supplémentaires. Ces engagements sont lents à s'exécuter, les ressources financières consacrées à la santé sont toujours malheureusement limitées, la nécessité de recourir à une aide efficace au développement est recommandée. Il existe des multiples approches pour atteindre la CSU, cependant les stratégies camerounaises doivent prendre en compte le contexte local et culturel. Malgré la diversité des pays Africains, beaucoup d'entre eux sont confrontés à des défis communs. Le présent cadre d'action propose au gouvernement du Cameroun et aux autres parties prenantes impliquées dans la réalisation de la CSU un plan d'action ayant pour but de stimuler des activités précédemment formulé dans les stratégies sectorielles de la santé.

- **Le financement : éliminer toutes formes de gaspillage de ressources ;**

La stratégie applicable ici est de dépenser plus et de manière efficiente pour la sécurité financière des populations. Vers l'élimination de toutes formes de gaspillage, les dépenses sont faites de façon intelligente, Les ressources de santé publiques et privées sont allouées en fonction du besoin, à travers par exemple une réallocation budgétaire, une mobilisation avancée des ressources nationales ou au recours à de nouveaux modes de financement basés sur la performance. Les obstacles financiers sont identifiables, des mesures palliatives doivent être mise en œuvre pour réduire la pauvreté et mitiger le risque en rendant les services de santé abordables pour tous ou en allouant des ressources budgétaires spécifiques pour améliorer la coordination et une meilleure gestion des aides au développement.

- **Actions multisectorielles et services de santé de qualité centrés sur le patient ;**

Etablir un cadre viable d'application des systèmes organisationnelles et techniques est l'objectif décrit par cet axe, Les prestations de santé centrées exclusivement sur le patient tendent à satisfaire au plus près les besoins et d'améliorer la qualité des services. Pour ce faire, il est nécessaire d'investir dans la répartition des ressources, la priorisation des investissements communautaires à travers la mise en place d'une gouvernance de santé locale et de proximité par le biais des organisations de la société civiles ou autres. Il est également important dans cette démarche d'obtenir des partenariats avec prestataires gouvernementaux et non gouvernementaux afin de diversifier l'offre de services. La nécessité de constituer des formations initiales dans des zones vulnérables, mal ou très peu desservies comme les régions de Nord-ouest, sud-ouest est recommandée pour une action multisectorielle déterminante pour la conduite des changements liés aux nouvelles dispositions progressistes de la CSU.

- **Équité, universalité, ciblage des pauvres et des groupes marginalisés**

De manière détaillée, les actions planifiées consistent à rendre à la couverture maladie son universalité, c'est ce caractère qui conditionne la réussite des processus. Toutes les couches de la population doivent être couvertes y compris les personnes vulnérables, les pauvres et les travailleurs du secteur informel qui bénéficieront également d'un enrôlement et du prépaiement équitable des prestations. Ces actions prendront effet à partir de la nationalisation des interventions favorables à ces personnes vulnérables, une prise en charge globale des souscriptions à la demande, des transferts de bons conditionnels en espèces ; accompagné de la protection des droits des femmes et des enfants notamment pendant les périodes de vulnérabilité de leur vie.

- **Préparation et renforcement de la sécurité sanitaire**

La sécurité sanitaire peut être définie comme étant « *l'ensemble des décisions, programmes et actions visant à protéger la population contre tous les dangers et les risques pour la santé* »<sup>27</sup>. En préparation d'un plan d'amélioration de la structure organisationnelle des systèmes de santé, le gouvernement doit contribuer à la promotion de l'approbation du RSI. Celui-ci établit un cadre international pour le suivi et l'évaluation des programmes et décisions de l'état en faveur de la sécurité sanitaire, à cet effet contribue à l'amélioration de la collaboration avec les partenaires concernés et entre les pays pour la préparation et la réponse aux crises sanitaires.

- **Gouvernance institutionnelle de la CSU**

Elle implique la consolidation du dialogue sociétal et de la mise en place des plateformes collaboratives entre les différentes entités concernées. Les activités intersectorielles développées à travers les initiatives doivent être maintenues et évaluées, le système de suivi exige des rapports transparents, et des processus participatifs pour une communication optimale entre les différents organismes impliqués et l'accès aux données et informations par les citoyens. Les outils numériques ont démontré leur utilité dans ce sens, un renforcement des capacités des organisations nationales afin de diriger efficacement les réformes nécessaires pour la mise en œuvre de la CSU accompagnée de l'enrôlement digitalisé des personnes.

---

<sup>27</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/> consulté le 23/07/2021

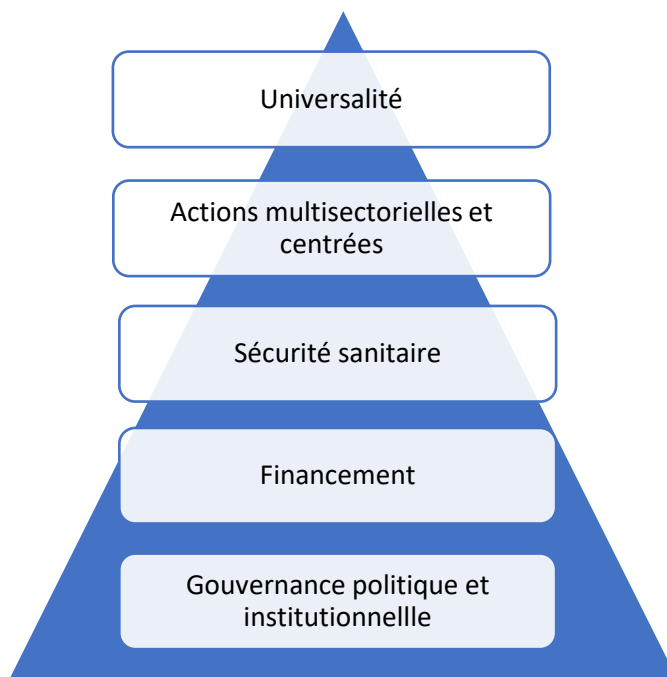


Figure 10 : pyramide des stratégies sectorielles de la santé

### 3.2.3 Les mutuelles de santé communautaires : une stratégie essentielle pour l’extension de la CSU

Les régimes des services de sécurité sociale sont de trois types : les régimes obligatoires, l’assistance médicale et les organisations mutualistes. Le régime obligatoire constitue l’ensemble des systèmes appliqués aux fonctionnaires à travers l’imputation budgétaire et des employés du secteur privé qui sont assurés dans le cadre des institutions de prévoyance maladie privées ou publiques. Le régime d’assistance médicale comprend toutes les initiatives de gratuités déployées par le MINSANTE et tous les autres services. Le régime mutualiste quant à lui met un accent sur le volet communautaire et sont pour la plupart constitués des salariés du secteur informel, rural ou des personnes qui ne sont pas éligibles au régime obligatoire.

Conscient du rôle essentiel des systèmes de protection sociale, le BIT à travers son programme global STEP (Stratégies et Techniques contre l’Exclusion sociale et la Pauvreté) déploie ses actions à travers les domaines de l’extension de la protection sociale aux exclus et des approches intégrées d’inclusion sociale. Dans le cadre de ce programme est établi le « *guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* »<sup>28</sup>. Une mutuelle de santé est une association volontaire de personnes, à but non lucratif, dont le fonctionnement est basé sur la solidarité entre les adhérents. Sur la base des décisions communes fixant les conditions des cotisations, les mutuelles de santé mènent des actions de prévoyances, de solidarité et

---

<sup>28</sup> Ce document complète l’ensemble d’outils méthodologiques et didactiques déjà disponible et vise à répondre à un besoin fort exprimé par les promoteurs, les administrateurs et les gestionnaires des mutuelles de santé dont les compétences en gestion sont insuffisantes.

d'entraide en faveur des familles dans le but de mitiger les risques sociaux dont les principaux sont liés à la santé. Concernant la gestion de ces institutions, le guide vient répondre aux questions suivantes : comment soutenir la professionnalisation des mutuelles ? Comment garantir l'équité et la qualité des soins ? quelles sont méthodes utiles pour assurer l'expression de la voix de la population ? Et quelles méthodes sont à privilégier pour renforcer la pyramide sanitaire ? Les mutuelles mettent en œuvre des instruments de mutualités financières, d'assurance et des d'autres principes de bases détaillés ci-dessous :

- **La solidarité-responsabilité** : c'est le fondement de la mutualité, elle implique des responsabilités des deux parties à savoir : les adhérents paient une cotisation sans distinction d'âge (à l'exception des mineurs), sexe et l'état de santé. L'autre partie a la responsabilité de garantir à chaque adhérents les mêmes services correspondant au montant cotisé. Une mutuelle de santé contribue à la solidarité entre les jeunes et les vieux, les malades et des personnes en santé, elle réunit toutes les catégories sociales et professionnelles. Cette solidarité s'exprime non seulement financièrement mais aussi, elle contribue activement à la concrétisation des engagements en faveur des handicapés, des personnes vulnérables et des groupes à risques. La responsabilisation des adhérents implique qu'ils exercent pleinement leurs droits, participent à la prise de décisions ainsi disposent des informations claires et compréhensibles concernant le fonctionnement de la mutuelle de santé pour laquelle ils sont inscrits.
- **La non-lucrativité** : une mutuelle est au service des adhérents, toutes les actions mises en œuvre visent à contribuer au bien-être collectif. La recherche du profit ne fait donc pas parti de ses objectifs, cependant les ressources financières générées servent à la gestion des besoins, veiller à équilibrer les comptes et combler les dépenses.
- **L'autonomie, la liberté et le respect des lois** : bien qu'une mutuelle soit une organisation libre, la prise de décisions est régie par le respect des droits et libertés des personnes. Les mutuelles de santé agréées de l'espace UEMOA se soumettent au règlement n°07/2009/CM/ UEMOA portant sur la réglementation de la mutualité sociale au sein de l'UEMOA. Les autres états quant à eux font usage des directives énoncées dans le guide « *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique* » et « *Le manuel des formateurs, mise en place Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place* ».
- **La dynamique d'un mouvement social** : caractérisée par un système de mutualité sociale, les mutuelles de santé communautaires sont des établissements dont les actions visent à réduire les risques sociaux. Cependant, les adhérents d'une mutuelle sont des acteurs animés par un mouvement de développement social engagés dans un processus de croissance individuel et collectif.

Les mutuelles de santé communautaires facilitent la fourniture des besoins de proximité, elles s'engagent à soutenir les investissements de la population locale à travers plusieurs

actions. Lorsqu'une famille adhère à une mutuelle de santé c'est-à-dire tous les membres de cette famille sont enrôlés et paient les cotisations exigées, ceux-ci sont bénéficiaires de tous les services disponibles. Au Sénégal, les populations appartenant à une collectivité territoriale commune s'associent et adhèrent en groupe (représentant des quartiers) dans les mutuelles de santé. D'autres intègrent les mutuelles en fonction des critères suivant : coopératives rurales, groupe d'intérêt commun, groupes de femmes, tontines, etc. Dans ce cas d'espèce, tous les membres de l'association sont bénéficiaires des services de la mutuelle. L'adhésion familiale ou l'adhésion en groupe est la règle privilégiée néanmoins l'adhésion individuelle est l'exception. Le Fonds National de Solidarité Santé (FNSS) encadre l'admission de l'exception de l'adhésion individuelle, ceci correspond à la mise en place d'arrangements contractuels entre les mutuelles de santé et les structures de santé pour la prise en charge des individus bénéficiaires des gratuités. Les interventions de l'Etat concernant l'extension de CMU sont remarquables, notamment au niveau des ressources financières allouées, des partenariats avec les organismes d'aide au développement comme la JICA, LUXDEV, et l'AFD également la stimulation de création et la réglementation des mutuelles de santé communautaires, l'accompagnement dans l'exploitation du PGI de la CMU conçu à cet effet.

Le cadre de la Décentralisation de la Couverture Maladie Universelle (DECAM) établit l'organisation à trois niveaux des mutuelles sénégalaises : au niveau local ou collectivité locale (commune et communauté rurale), une mutuelle de santé communautaire est créée. Au niveau départemental, une union départementale des mutuelles de santé communautaires est mise en place et représente l'ensemble des mutuelles du département donné. Les mutuelles de santé communautaires et les unions départementales des mutuelles correspondantes possèdent des rôles et fonctions complémentaires. Elles permettent de collecter les revenus, garantir l'assurance maladie et contribuent à la mise en commun des ressources destinés à la mitigation des risques. Le Paquet Minimum de Bénéfices des mutuelles communautaires est calculé par le Ministère en charge de la santé, l'ANACMU en collaboration avec les parties prenantes garantie à tous les membres et bénéficiaires des services de santé de qualité quels que soient leur statut social et leurs niveaux de contribution.

Le défi majeur de l'extension de la CSU est l'adoption et la vulgarisation de l'assurance maladie dans les secteurs informels et ruraux, il convient donc de créer une coordination et une synergie entre les initiatives du gouvernement, des collectivités territoriales décentralisées et les interventions communautaires. De façon plus pratique, la mise en place d'un partenariat de coopération entre les collectivités, l'Etat et les mutuelles de santé communautaires est une piste de solution à privilégier pour relever ce défi qui consiste à étendre la couverture aux risques sociaux, particulièrement la maladie.



### 3.2.4 Opportunités

La Commission du « *Lancet : Global health 2035 : a world converging within a generation* »<sup>29</sup> démontre d'une part que, les pays qui atteindront les objectifs de la CSU d'ici 2035 pourront aisément faire face aux défis liés à la santé notamment les décès maternelles et infantiles, les maladies chroniques, etc. D'autre part elle mentionne que, les pays à revenu intermédiaire comme le Cameroun possèdent déjà les ressources (matérielles, humaines, technologiques) et le savoir-faire pour réaliser ces objectifs. L'élimination des décès chez la mère et l'enfant est possible grâce à des dispositifs de prévention déployés à travers la CSU pour la population. D'après Jamison<sup>30</sup> (2016), ces dispositifs pourront sauver la vie de plus de 20 millions de mères et enfants. Parallèlement, le Cameroun pourra renforcer sa résilience et ses capacités face aux crises sanitaires et maladies infectieuses comme la pandémie de corona virus qui a récemment prouvé la nécessité de mettre en place des infrastructures solides. L'appropriation de cette résilience à travers la CSU contribuera à la consolidation des bases d'une croissance économique à long terme et à de meilleurs résultats sanitaires. Les trois opportunités mises en valeur sont donc : la croissance économique, une protection financière accrue, la résilience sanitaire, la bonne santé et le bien-être. La combinaison de tous ces éléments permettra certainement à construire un socle de sécurité sociale, de réduire la pauvreté et de contribuer au développement inclusif et durable.

## 3.3 Analyse et interprétations des résultats

### 3.3.1 Déconstruction et explications des sources des données

Comme décrit dans la méthodologie, pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de cette recherche, nous avons d'une part interviewer des membres de la population globale. La figure 13 présente la répartition des profils des répondants au premier questionnaire. Cette enquête consistait à sonder les personnes en fonction des variables retenues.

---

<sup>29</sup> <https://www.thelancet.com/commissions/global-health-2035> consulté le 08/08/2021

<sup>30</sup> Docteur en économie de l'éducation sur la santé, auteur du rapport « *The International Commission on Financing Global Education Opportunity* »

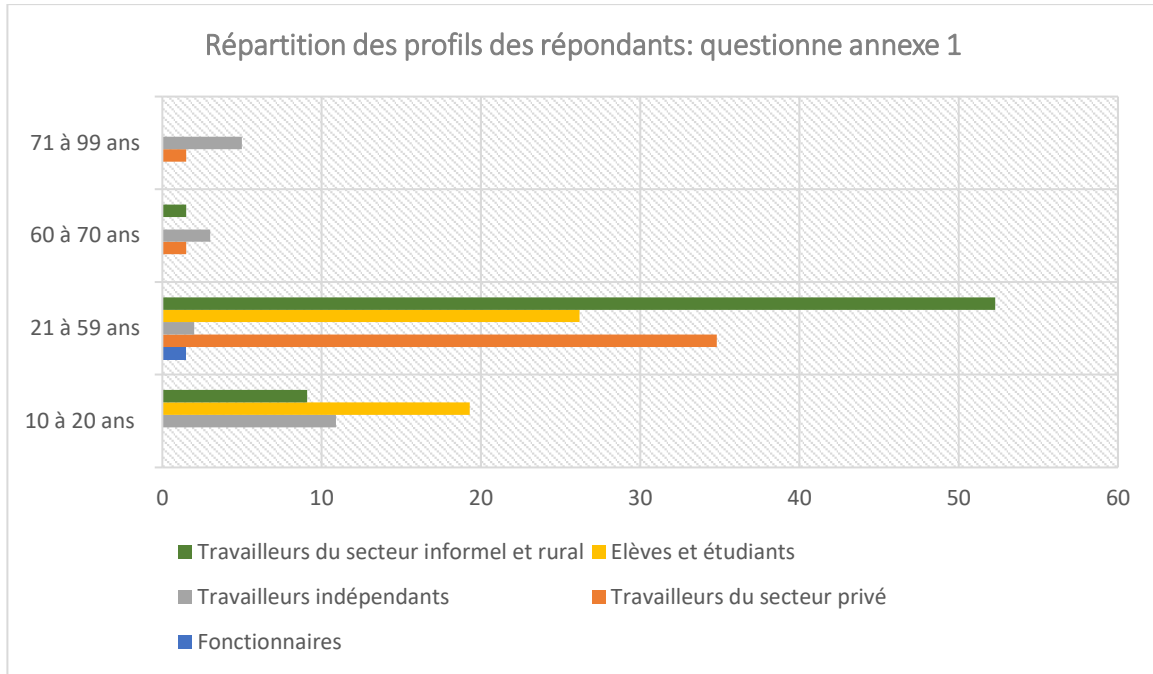


Figure 11: répartition des profils des répondants

D'autre part, une collecte de données a été effectuée auprès de l'échantillon choisi c'est-à-dire auprès des 15 ménages. Vous trouverez donc les noms des représentants des familles en annexe 3. Une dernière collecte des données s'est faite auprès des principaux acteurs de déploiement du système de la CMU au Sénégal. Nous pouvons citer à ce niveau le personnel (07) de la DSI et les gérants des mutuelles de santé communautaires.

### 3.3.2 Reconstruction des résultats, raisonnements et argumentations des résultats

Les enquêtes effectuées auprès des personnes désignées ont permis de rassembler les données suivantes

Tableau 8: présentation des résultats

Hypothèses	Résultats
<b>H1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 74,6% des personnes n'ont jamais bénéficié des gratuités contre 9,5% qui en ont eu accès ;</li> <li>- 23,8% ne sont pas informés de l'existence des dispositifs de sécurité sociale mis en place par l'Etat le ministère de la santé et le MINTSS et n'en savent rien des bénéficiaires de la CSU ;</li> <li>- La moyenne des dépenses de santé est estimée à 900000 FCFA / ménages</li> <li>- 75,8% des personnes sont capables de souscrire à un nouveau système de couverture maladie pour un montant de 3000 à 5000 par an contre</li> <li>- Une proportion de 24,2% personnes qui préfèrent les paiements directs des soins ;</li> </ul> <p>Les difficultés rencontrées par les utilisateurs des services d'assurances publics et privés sont</p>

	<p>les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lenteur administrative due à la bureaucratie</li> <li>- Difficultés de suivi des documents</li> <li>- Lenteur des remboursements</li> <li>- Paiements tardifs des allocations et pensions</li> </ul>
<b>H2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 85 % des répondants estiment que l'utilisation des outils numériques est nécessaire pour l'extension de la CSU.</li> </ul> <p>Quelques avantages de la digitalisation de la CSU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps réduit de facturation ;</li> <li>- Réduction du temps dédié à l'exécution des tâches fastidieuses ;</li> <li>- Amélioration de la productivité.</li> </ul> <p>Quelques difficultés enregistrées lors du déploiement des outils digitaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résistance de la population</li> <li>- Formation laborieuse des personnes</li> <li>- Délais d'acquisition du matériels très long dû aux procédures des marchés publics</li> </ul>
<b>H3</b>	<p>42.7 % pensent que la création des mutuelles facilite le changement et contribue fortement à l'extension de la CMU</p> <p>56,1 % (voir figure 14) des personnes pensent très probablement à s'inscrire à des mutuelles de santé communautaires pour bénéficier des services de la CMU ;</p>

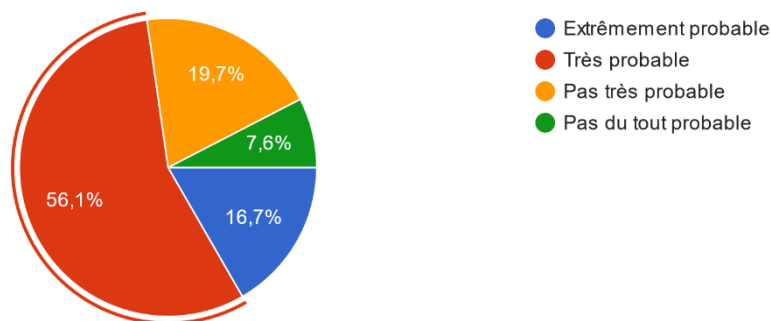


Figure 12: proportion des personnes susceptible de s'enrôler dans des mutuelles de santé communautaires afin de bénéficier des services de la CSU

L'analyse des données ci-dessous a fait ressortir le niveau de couverture extrêmement limité. La croissance rapide de la population pourra certainement faire surgir d'autres besoins en matière de CSU. Pour le moment, nous pouvons retenir qu'une grande partie de la population n'est pas informée de l'offre de services de sécurité sociale disponible et ne distingue non plus les avantages de la couverture maladie. Cependant il est nécessaire que le gouvernement prenne des mesures pour remédier à ces problèmes ainsi qu'aux difficultés de mise œuvre. Une attention particulière doit être accordée à la communication sur la CSU, aux dialogues sociétaux et aux partages d'expériences.

## **4 Recommandations et Proposition d'un projet de mise en place d'un Système pour couverture maladie des personnes vulnérables à base communautaire**

### **4.1 Adéquation entre les services de la CSU offerts et les besoins spécifiques de la population désignée**

L'équilibre recherché entre l'offre et la demande réside sur le principe de satisfaction de l'utilisateur et de ses besoins. Au vu des différents résultats de la recherche, concernant la situation de la CSU au Cameroun, l'adéquation entre les besoins et l'offre repose sur un certain nombre d'éléments que nous appellerons facteurs de réussite.

#### *4.1.1 Facteurs de réussite*

Un projet d'extension de la CSU serait une réussite au Cameroun si les éléments suivants sont réunis et convergent ensemble pour la satisfaction des besoins de la population.

- **La responsabilité générale de l'Etat**

L'Etat est le garant du bon fonctionnement du système, la santé étant un bien public et la sécurité sociale un droit consacré par à garantir une protection aux individus. Il doit donc à cet effet mettre en œuvre tous les dispositifs pour étendre la CSU notamment le cadre réglementaire. Cet engagement est déterminant pour plusieurs vies en particulier celles des vulnérables. Les stratégies énoncées ne devront donc pas être que théorique mais aussi pratiques et responsables.

- **La suppression de la sélection inverse**

La sélection inverse indique que les individus s'enrôlent à des assurances maladies, mutuelles de santé que lorsqu'ils sont malades. Plus précisément, les personnes saines ont tendance à moins souscrire aux mutuelles que les personnes le plus souvent malades. À ce niveau le fonctionnement et le financement des mutuelles devient donc non viable. Des dispositifs doivent être mis en place pour remédier à cela notamment en : mettant un accent particulier sur la communication et les autres méthodes de vulgarisation et un plan de marketing social à travers les objectifs suivants :

Valeurs	Objectifs	Cibles	Orientations	Stratégies de communication	Outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>L'humanisme</b> : traduit cet engagement à servir l'humain et à garantir son bien-être ;</li> <li>- <b>La collaboration</b> : elle est la clé du succès entre. Les parties prenantes représentent des maillons indispensables sur la chaîne de l'extension de CSU ;</li> <li>- <b>L'excellence</b> : les pratiques et la culture organisationnelle valorise le développement des nouvelles compétences et l'exploitation de nouvelles technologies. L'innovation et la qualité fait donc partie de l'expertise pour atteindre les objectifs de la CSU ;</li> <li>- <b>L'intégrité</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Sensibiliser les populations pour une adhésion massive à la CSU à travers l'enrôlement aux mutuelles de santé communautaires ;</li> <li>(2) Construire une image de marque de la CSU ;</li> <li>(3) Promouvoir les comportements favorables à la santé et à l'utilisation rationnelle des Services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personnes vulnérables</li> <li>- Etudiants</li> <li>- Travailleurs (secteur privé, publics)</li> <li>- Travailleurs du secteur informel et rural</li> <li>- Chômeurs</li> </ul>	Comment dérouler la communication ?	Déroulement de communication : les composantes des stratégies sont : sensibilisation préalable, lancement du projet, la mobilisation et la mise en œuvre du plan d'action, l'appropriation et phase d'exploration, pour terminer : la phase d'intégration consacrée aux actions complémentaires	
			Quelles en sont les étapes ?	(1) Sensibilisation de proximité à travers l'organisation des ateliers	Spots, TV, émissions radiotélévisées, réseaux sociaux
				(2) Lancement mobilisation sociale et organisation des activités de grande ampleur	Réunion de lancement, informations radiotélévisées,
				(3) Mobilisation et mise œuvre : maintien de l'adhésion et comportements rationnels à la consommation des soins	Rapport d'activités, colloques, tribunes radio télévisées
				(4) Appropriation et exploration : pilotage des projets et suivi des activités en cours	Outils de gestion de projet Réunion de suivi
				(5) Intégration : évaluation des résultats et amélioration continue	Tableau de bord, entretiens d'évaluation Survey
Quels outils appliqués ?	Utilisation des outils de communication traditionnels et digitaux				

**- La mutualisation des ressources**

Les approches de mises en œuvre pour rendre l'écosystème attractif et faciliter l'extension de la CSU exigent une affiliation obligatoire des individus, ceci reste un défi important au vu du pourcentage de personnes travaillant dans les secteurs informels et ruraux. La mutualisation des ressources implique la mobilisation des actifs de toutes les parties prenantes engagées pour le changement. Pour ce faire, il est important de mutualiser les ressources à partir de plusieurs mécanismes, par exemple en mobilisant des relais intermédiaires comme les centres de santé, les hôpitaux et les mutuelles de santé pour sensibiliser et influencer l'adhésion de masse des potentiels utilisateurs des services de la CSU. Mutualiser les ressources implique également la mutualisation des risques. La répartition des coûts doit être faite de manière équitable entre les ménages ayant des situations financières différentes. Une classification des profils de santé est nécessaire pour prévenir les dépenses catastrophiques dues aux maladies chroniques ou aux imprévus. L'approche de mutualisation des risques à privilégier est l'approche progressive qui consiste à mettre à disposition des subventions croisées des populations riches aux pauvres et une répartition des dommages, différents bassins représentant la population cible et leurs caractéristiques pour une prise de décision améliorée et adaptée.

**- Paquet de soins et services**

Le paquet de soins de base représente l'ensemble des soins, préventifs, palliatifs, curatifs, des médicaments et des dispositifs médicaux. Les interventions et les affectations de la santé publiques<sup>31</sup> retenues dans ce paquet sont considérées comme étant prioritaires et fondamentales, une prise en charge collective est donc une garantie par le système de santé national.

Tableau 9: Proposition paquet de soins minimum

Interventions par spécialité									
Cibles	Santé communautaire	Gynécologie	Obstétrique	Médecine Interne	Ophtalmologie	ORL	Pédiatrie	Chirurgie	Vaccination
Enfants	X			X	X	X	X	X	X
Mères	X	X	X	X		X			
Hommes et femmes	X		X	X		X			

<sup>31</sup> Le coût unitaire des intrants pour la réalisation de chaque intervention est régi par le décret N°87-529 du 21 avril 1987 concernant la tarification des prestations

## - **Implication des outils numériques**

L'utilisation des outils numériques dans la mise en œuvre des objectifs de la CSU est non seulement un facteur de réussite mais aussi un indicateur d'innovation. Leurs rôles sont déterminants à tous les niveaux du projet, ils peuvent permettre la digitalisation de plusieurs services notamment l'enrôlement, les processus de souscription, etc. la construction d'un système d'information de la CSU doit s'inscrire dans la stratégie d'extension et d'opérationnalisation afin de répondre aux exigences métiers.

## 4.2 Recommandations et scénarii

### 4.2.1 *Recommandations*

A l'issue de cette étude, les analyses et la collecte des données qualitatives et quantitatives, nous a permis de relever un certain nombre d'éléments susceptibles d'influencer une prise de décision et une formulation des recommandations. Les réflexions participatives ont établi les principaux éléments de base pour la prise de décision politique sur la mise en place d'un système national de la CSU au Cameroun. Les recommandations ci-dessous sont fondées à la fois sur les leçons tirées de l'expérience du modèle de réussite du Sénégal en matière d'extension de la CSU mais aussi et surtout des réponses aux besoins propres au contexte camerounais.

- **L'adoption d'une Loi sur la CSU** : il est important d'établir un cadre législatif, c'est la base de réussite de tout projet d'extension de la CSU et la manifestation de la volonté de l'Etat à conduire ce changement ;
- **La création de la structure nationale de gestion de la CSU** : depuis 2015 au Cameroun, un groupe technique national a été créé et a mené des études, des analyses participatives et apprenantes. Ces étapes ont conduit à la validation technique du projet, cependant la mise en œuvre d'actions pratiques sont presque inexistantes à cet effet. Cette structure aura le statut d'établissement public à caractère social ou public administratif, jouissant d'une autonomie administrative et financière ;
- **L'investissement pour la mise à niveau des équipements et des plateaux techniques des infrastructures de la pyramide sanitaires** (Centres de Santé, Centres Médicaux d'Arrondissement, Hôpitaux de District) ;
- **Mettre en place un dialogue sociétal pour faire participer la population à l'élaboration des politiques de santé** : ce dialogue national entre les partenaires sociaux (représentants des groupes sociaux) et le gouvernement ;

Tableau 10: objectifs du dialogue sociétal

<b>Objectif général</b>	Fournir un appui considérable dans la planification et la mise en œuvre des stratégies de sécurité sociale à travers l’extension de la CSU
<b>Objectif immédiat n°1</b>	Évaluer la situation de la CSU actuelle en identifiant d’une part les institutions concernées, les acteurs, d’autre part en établissant une cartographie des initiatives, programmes existants et enfin en analysant la législation, les rapports, les mémoires et évaluations
<b>Objectif immédiat n°2</b>	Conduire une analyse qualitative et quantitative du système de la CSU actuel. Cette analyse a pour objectif d’estimer la population couverte et non couverte, identifier leurs besoins. Au regard des facteurs de réussite, il s’agira également de recenser les atouts, les points faibles, les caractéristiques, les potentialités et les contraintes liées à la mise en place d’un système de CSU généralisé
<b>Objectif immédiat n°3</b>	Identifier les catégories de la population les plus exposées, les principaux domaines d’interventions considérés comme étant prioritaire pour le gouvernement. Elle consistera à établir un diagnostic de l’état du système accompagné d’un dénombrement des déficits, d’une estimation préliminaire des coûts de l’extension pour combler ces déficits, atténuer les risques. Cette base permettra d’ouvrir le débat concernant les allocations budgétaires, les cotisations des individus et des possibilités de réallocation des ressources actuelles ou d’augmentation des ressources disponibles
<b>Objectif immédiat n°4</b>	Déployer des méthodes, des outils, expériences qui peuvent être partagés au niveau régional et adaptés dans différents pays également impliqués dans le même processus.

- **La mise en œuvre du plan de communication et ciblage de personnes extrêmement pauvres et indigentes ;**
- **Enrôlement et Immatriculation digital des personnes à partir des mutuelles de santé communautaires ;**
- **La mise en œuvre des conventions et partenariats avec les parties prenantes et les acteurs** (ordres professionnels, collectivités territoriales décentralisées, société civile etc.) impliqués ;
- **La signature des contrats d’accréditation avec les prestataires de services et de soins de santé ;**
- **Digitalisation de la CSU à travers La conception et la mise en place d’un PGI pour la gestion de la CSU ;**
- **Construction de l’architecture du système de la CSU :** nous la définissons comme étant un ensemble cohérent de mécanismes et instruments de regroupement et de gestion des fonds pour permettre et faciliter la prise en charge collective des dépenses de santé. Le schéma ci-dessous est une proposition de l’architecture système



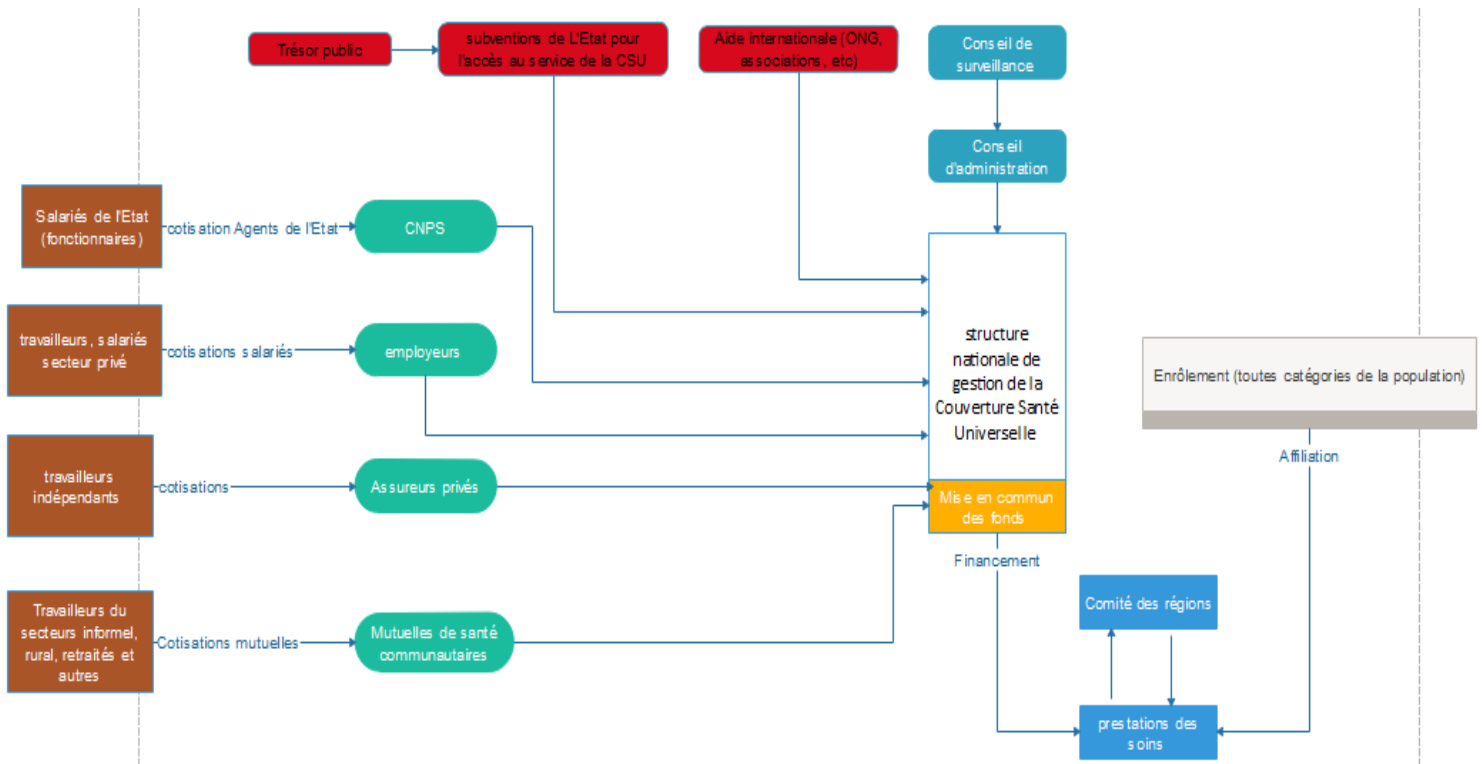


Figure 13: proposition de l'architecture système de la CSU au Cameroun

- Sources de financement nationales internationales
- Structures administratives
- Entités chargées des affiliations
- Les affiliés

#### 4.2.2 Scénarii

Les dispositifs de couverture universel ci-dessous ont été pensé dans le but d'établir un socle de la sécurité sociale ayant pour cibles toutes les catégories de la population avec des composantes particulières et essentielles pour les personnes vulnérables. A la base les personnes sont enrôlées dans les mutuelles de santé communautaires ou bénéficient d'une affiliation dans un régime d'assurance maladie donné. Les axes principaux contribuent à l'éradication de la pauvreté à partir de la protection financière des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. Les prestations santé comprises dans le paquet de soins sont universelles et reste inchangées.

Les dispositifs ci-dessous présentent les composantes du dit socle visant la sécurité élémentaire des revenus des enfants, de la population d'âge actif et les personnes âgées :

Scénario 1 : les enfants de moins de 15 ans bénéficient d'un montant de 1000 francs CFA par mois pour la couverture maladie tout risque, une prise en charge (paquet de soins minimum) universelle. Une contribution à hauteur de 60% des personnes âgées (+60 ans) enrôlés et ayant payés une cotisation minimale par an. Concernant la population en activité (15-59 ans) une couverture en espèces d'un montant de 50%, gratuité totale des prestations des prestations pour les personnes souffrant d'un handicap sévère (ces personnes ne peuvent pas exercer une activité professionnelle).

Scénario 2 : des prestations gratuites (suppléments au panier de soins) sous certaines conditions pour les enfants de moins de 15 ans pour un montant de cotisation de base à définir par mois. Une prise en charge de vieillesse sous conditions de ressources pour les personnes de 60 ans et plus pour un montant équivalent à 70 %. Couvertures et paiement des prestations en espèces d'un montant de 40 % dépenses. Contribution à hauteur de 80% des prestations pour les personnes handicapés et vulnérables.

#### 4.3 Proposition du projet

##### 4.3.1 Contexte et justification du projet

La problématique de l'extension de la CSU présente de grands enjeux pour tous gouvernement désireux d'atteindre le développement, mandaté par les ODD et permettant la réduction de la pauvreté, la bonne santé et le bien-être de la population. Des efforts importants doivent être consentis par le gouvernement à travers la mise en œuvre des programmes nationaux et partenariats internationaux. C'est dans cette optique que l'Etat camerounais a formulé depuis quelques années des objectifs en rapport à cette perspective. En effet l'implémentation de la CSU s'inscrit dans les priorités du cycle de planification 2016-2020 du plan national de développement sanitaire et au niveau de la stratégie sectorielle de santé 2016-2027. Les défis à révéler sont les suivants : « *définition d'un mécanisme de partage du risque maladie soutenable ; mise en place d'un système national de partage des risques ; Couverture des populations vulnérables ; Définition des modalités de participation des travailleurs du secteur informel, etc.* ». Le plan stratégique pour santé numérique 2020-2024 quant à lui indique dans ses grandes lignes que la santé numérique contribuera efficacement à la CSU grâce au déploiement des systèmes d'information interopérables, robustes, sécurisés et fiables disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces stratégies et initiatives visent à solutionner cette problématique qui se développe de plus en plus et dont les conséquences affectent une grande partie de la population (les dépenses de santé augmentent, certaines personnes s'appauvrissent davantage et d'autres meurent précocement). Au vu de toutes ces carences, ces retards accumulés et difficultés de mise en œuvre des politiques de progression de la CSU, il apparaît donc que les initiatives entreprises par l'Etat n'ont pas un grand impact. C'est dans ce contexte que s'inscrit le **projet de mise en**

**place d'un Système pour couverture maladie des personnes vulnérables à base communautaire.** Les principales cibles de ce projet sont les plus personnes vulnérables et nécessiteuses. Sa mise en œuvre repose sur une approche progressive qui s'étend sur une période relativement longue pour parvenir à une couverture universelle en 2023.

Le projet s'intègre dans l'action de la BM et de l'OMS décrite par un cadre à double partenariat qui est celui de réduire le risque d'appauvrissement de la population lié aux dépenses de santé et investir dans les systèmes d'information sanitaire, ce qui reflète précisément l'ambition du projet qui est d'établir une collaboration entre les différents acteurs de la sécurité sociale pour le développement.

**Principaux bénéficiaires :** les personnes vulnérables, les travailleurs du secteurs informels et ruraux

**Vision :** 20 millions de personnes couvertes en 2030, soit 80% de la population.

**Objectif de développement :** réduire la pauvreté et améliorer l'accès aux soins de santé pour les personnes vulnérables.

#### 4.3.2 Analyse FFOM et croisement

Le Tableau ci-dessous présente les forces, faiblesses, opportunités et menaces relatives à l'environnement interne et externe de ce projet.

<b>Positif</b>	Facteurs internes		<b>Négatif</b>
	Forces	Faiblesses	
	Valeur Ajoutée pour la mise en œuvre de la CSU Innovation technologique Expertise opérationnelle Volonté d'affiliation de la population	Financement indisponible pour le moment Dépendances de compétences en numérique Temps de mise en œuvre : d'un point de vue de mise en œuvre, l'impact de ce projet ne pourra être mesuré qu'à partir d'un certain nombre d'années	
	Opportunités	Menaces	
	Soutien disponible des collectivités territoriales décentralisées Possibilité de synergie avec les institutions sanitaire publiques et privées Volonté politique et appui du gouvernement Niveau de pénétration du numérique	Instabilité politique Résistance de la population au changement Rigidité du système de santé Lenteur des procédures administratives	
Facteurs externes			

Tableau 11: Analyse FFOM

Les forces et faiblesses recensés sont les résultats d’une analyse interne tandis que les opportunités et menaces sont issues de l’analyse stratégique de l’environnement externe du projet. Le croisement des forces, menaces et opportunités faiblesses fait permet de distinguer que certaines vulnérabilités pourront être réduites avec l’exploitation des opportunités disponibles.

#### 4.3.3 Analyse des parties prenantes

Une partie prenante est définit comme étant toute entité (personnes, groupes de personnes, organisations) capable d’impacter positivement ou négativement un projet. Alors que certaines d’entre elles peuvent avoir un impact limité sur les travaux ou les résultats du projet, d’autres exercent une influence significative d’où la nécessité d’analyser les implications, les intérêts et les attentes afin de déterminer le positionnement de chacune d’elles. Cette analyse a pour but de prévenir les risques et saisir les éventuelles opportunités. En application aux différentes étapes décrites dans le guide PMBOK<sup>32</sup>, nous avons procéder à la gestion des parties prenantes de la manière suivante :

- **Identification des parties prenantes** : le diagnostic technique et organisationnel du système développés tout au long de cette étude nous a permis de relever les parties prenantes suivantes :

Tableau 12: Liste des parties prenantes

<b>Autorités de réglementation et gouvernementales</b>	MINTSS, le ministère de la santé, le ministère des finances
<b>Institutions d’assurance et de prévoyances sociales</b>	CNPS, assureurs privés, les mutuelles de santé communautaires.
<b>Communautés cibles</b>	Personnes vulnérables, travailleurs du secteur informel et rural
<b>Maîtrise d’œuvre</b>	Equipe projet
<b>Société civile</b>	ONG, associations, Groupements d’intérêts communs

- **Maîtriser l’engagement des parties prenantes** : la matrice des pouvoirs et intérêts est un outil permettant de comprendre les engagements des parties prenantes, à partir des enjeux de chacune d’entre elles, nous pouvons répondre aux questions suivantes : quels sont les acteurs principaux du projet ? quelles parties prenantes devront être toujours informés ? devons-nous fournir un effort minimal pour laquelle d’entre elles ? quelles parties prenantes devons-nous satisfaire ?

---

<sup>32</sup> Guide du corpus des connaissances en management de projet, Sixième édition

Tableau 13:Matrice influence et intérêt des parties prenantes

		Intérêt à influencer la stratégie	
		Faible	Fort
Pouvoir d'influencer la stratégie	Faible	ONG, associations, Groupements d'intérêts communs	MINTSS, le ministère de la santé, le ministère des finances
	Fort	Personnes vulnérables, travailleurs du secteur informel et rural	CNPS, assureurs privés, les mutuelles de santé communautaires. Equipe projet

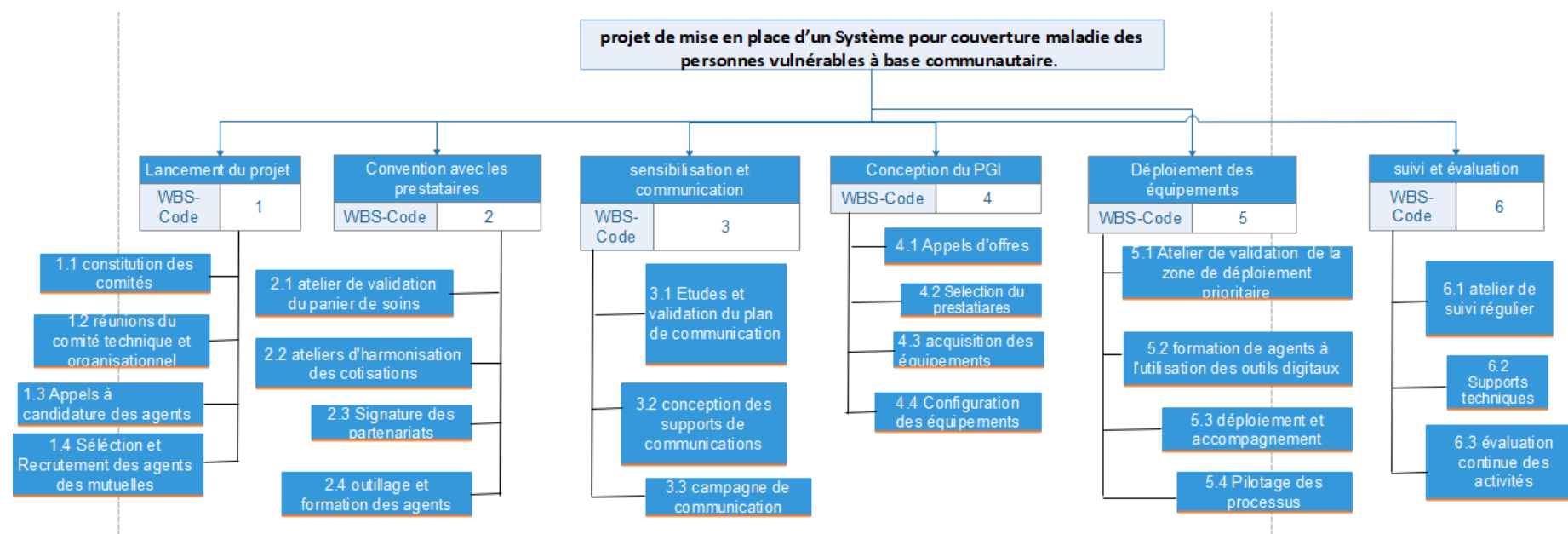
Un effort minimal pourra être fourni après des parties prenantes ayant un faible intérêt à influencer la stratégie et un faible pouvoir. Cet effort minimal sera composé de la mise en œuvre des techniques de collaboration et des partenariats fiables. Les objectifs de ce projet devront veiller à satisfaire la population cible, celle-ci possède un faible niveau d'intérêts à influencer mais un pouvoir fort, les actions comprendront donc le suivi et évaluation continue des besoins. L'équipe projet et les autres acteurs veilleront à garder toujours informées les autorités de réglementation et gouvernementales à travers une publication des comptes rendus des réunions et des rapports d'activités. Considérés ici comme des acteurs clés du projet, les institutions d'assurance et de prévoyances sociales constituent un maillon essentiel dans la mise en œuvre de ce projet. Au-delà de tous ces éléments, le travail en équipe, la collaboration, communication transparente, écoute active seront des valeurs partagées par toutes les parties prenantes de ce projet.

#### 4.3.4 Cadre logique du projet

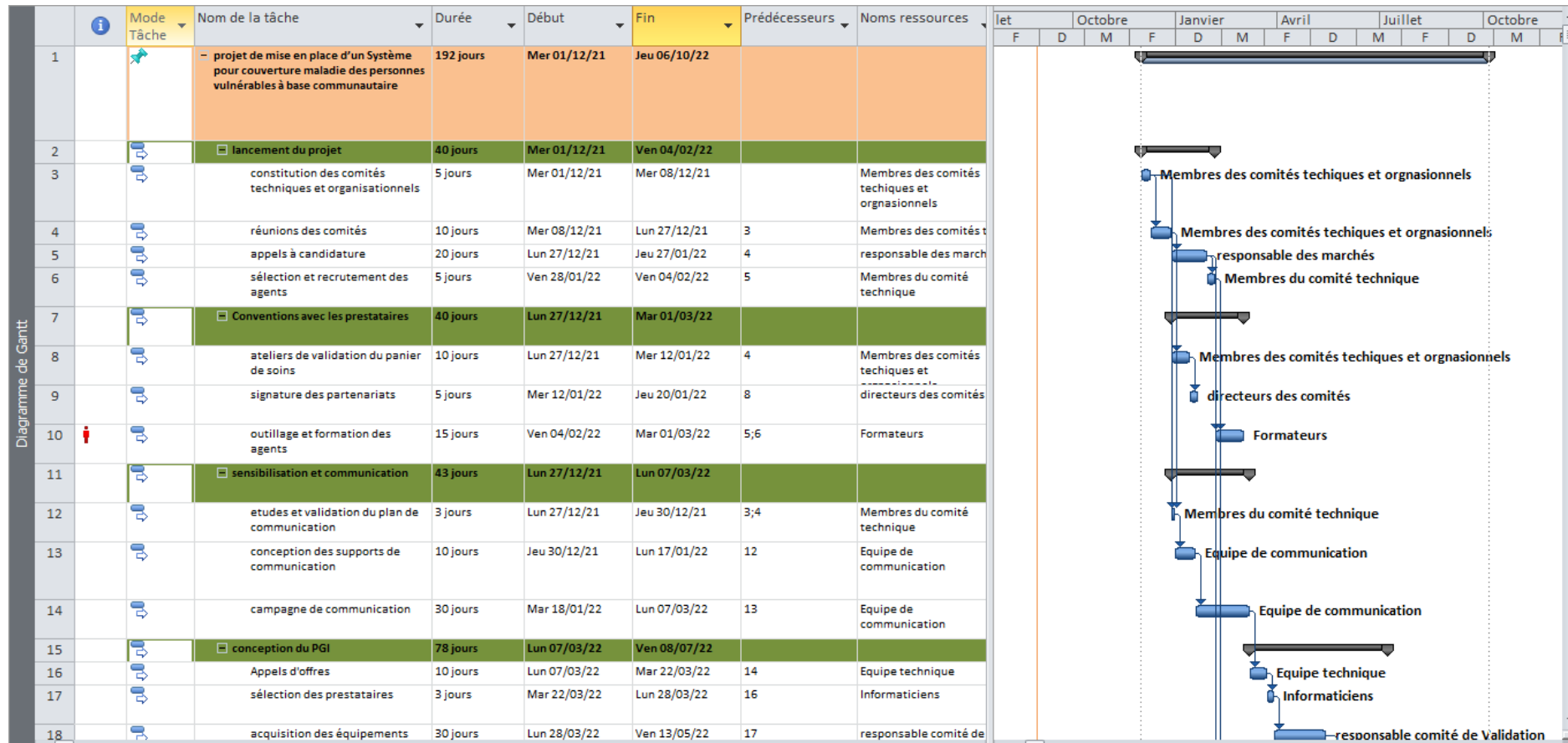
Logique d'intervention	Description	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses critiques
<b>Objectif global</b>	Etendre le taux de couverture de 75% par la mise en place d'un enrôlement volontaire et contributif des personnes dans les mutuelles de santé communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le projet est mis en œuvre et l'accès aux soins est améliorés</li> <li>- Le paiement direct des soins est réduit</li> <li>- Les mutuelles de santé sont créées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de lancement et de mise en œuvre</li> <li>- Rapport de performance</li> </ul>	Le paiement direct des soins de santé est réduit. Les personnes souscrivent aux mutuelles de santé et bénéficient d'un accès aux soins de santé de qualité
<b>Objectifs spécifiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir du concept d'assurance maladie volontaire</li> <li>- Concevoir un cadre de mise en œuvre et des mutuelles de santé communautaire</li> <li>- Impulser l'enrôlement digital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le pourcentage de personne enrôlées</li> <li>- Le niveau d'adoption et d'appropriation des technologies</li> <li>- Le montant de cotisation enregistrées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport de vulgarisation</li> <li>- Rapports d'enrôlement</li> <li>- Contrats d'offres de services</li> </ul>	Processus de transformation numérique mis en place à travers le déploiement des équipements de digitalisation de la CSU
<b>Résultats attendus</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 362 mutuelles de santé communautaires sont créées dans les collectivités territoriales décentralisées</li> <li>(2) La population cible est sensibilisée et informée sur les avantages de la CSU</li> <li>(3) 300 agents sont formés à la mutualité sociale</li> <li>(4) Au cours de la première année de 8 millions de personnes sont inscrites</li> <li>(5) 7 millions d'adhérents en 2024</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre de mutuelles créés</li> <li>- Le nombre de personnes ayant souscrits à des mutuelles de santé</li> <li>- Le niveau de satisfaction de chaque partie</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport d'activité</li> <li>- Rapport d'enquête du projet</li> <li>- Rapport de suivi et évaluation</li> <li>- Contrats de fourniture des services</li> <li>-</li> </ul>	<p>Les formations des agents sont effectives</p> <p>La population cible adhère aux nouvelles mesures liées à l'accès et paiements des soins</p> <p>Les résistances au changement sont maîtrisées</p>

	(6) Plusieurs conventions sont signées avec les prestataires de services et les autorités compétentes			
<b>Activités à mener</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions de lancement</li> <li>- Réunions d'activités</li> <li>- Formations</li> <li>- Appels d'offres</li> <li>- Recrutement des agents</li> <li>- Acquisition du matériel.</li> <li>- Plus de détails dans la structure de découpage du projet ci-dessous</li> </ul>	<b>Moyens</b> Ressources matérielles, humaines et financières	<b>Coût</b> Voir le tableau 14 de la planification financière	Disponibilité dans les délais des ressources de mise en œuvre et de fonctionnement.

#### 4.3.5 Structure de découpage du projet



### 4.3.6 Chronogramme du projet : diagramme de GANT





#### 4.3.7 Budgétisation

Les montants prévisionnels mentionnés dans ce plan d'estimation financière proviendront de différentes sources, parmi lesquelles : les ressources financières du gouvernement, les aides au développement, le financement participatif des collectivités territoriales décentralisées.

Tableau 14 : Planification financière

<b>Activités</b>	<b>Coûts prévisionnels (FCFA)</b>
Constitution des comités techniques et organisationnels	<b>5.000.000</b>
Réunions des comités	<b>4.000.000</b>
Appels à candidature	<b>1.000.000</b>
Sélection et recrutement des agents	<b>1.000.000</b>
Ateliers de validation du panier de soins	<b>3.000.000</b>
Signature des partenariats	<b>3.000.000</b>
Outillage et formation des agents	<b>10.000.000</b>
Études et validation du plan de communication	<b>5.000.000</b>
Conception des supports de communication	<b>5.000.000</b>
Campagne de communication	<b>10.000.000</b>
Appels d'offres et sélection des prestataires	<b>1.000.000</b>
Ateliers de validation de la zone de déploiement prioritaire	<b>2.000.000</b>
Formation des agents à l'utilisations des outils digitaux	<b>15.000.000</b>
Déploiement et accompagnement	<b>20.000.000</b>
Pilotage des processus	<b>5.000.000</b>
Supports techniques	<b>10.000.000</b>
Évaluation continue des activités	<b>15.000.000</b>
<b>Coût Total : 115.000.000 FCFA</b>	

*Référence : Mercuriale des prix 2021 , Ministère du Commerce, Cameroun.*

## Conclusion

L'un des objectifs spécifiques lié à l'ODD 1 est de « *mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles* » (ODD 1.3). Cet objectif fait partie des orientations adoptées par l'assemblée générale des Nations Unies en 2015. C'est dans cet élan que plusieurs pays africains ont réaffirmé leurs engagements à progresser vers la CSU<sup>33</sup>. En évoluant vers la CMU, les pays progresseront également vers d'autres cibles liées à la CSU et vers d'autres objectifs de la santé. La bonne santé est un droit humain qui permet aux enfants d'apprendre, aux adultes de gagner leur vie et aux personnes âgées de rester en vie plus longtemps. Elle aide à réduire la pauvreté et pose les bases du développement économique et sociale à long terme. Il est certain qu'investir dans la protection sociale permet de promouvoir la justice sociale et garantir le droit humain de toutes et de tous à la sécurité sociale. Les initiatives déployées en la matière sont indispensables, complémentaires et font partie des stratégies nationales de développement de lutte contre la pauvreté, de réduction des vulnérabilités tout au long du cycle de vie. La mise en œuvre de celles-ci favorise la croissance durable et inclusive par l'augmentation du revenu des ménages, la stimulation de la productivité et du développement humain.

Arrivé au terme de cette recherche, il est nécessaire de rappeler qu'il était question d'analyser la problématique de la couverture santé au Cameroun, de recenser les enjeux et opportunités de la CSU, de conduire le diagnostic organisationnel et technique des stratégies de sécurité sociale, mettre en pratique des outils et méthodes de collecte de données. Afin de faire ressortir des recommandations et proposer des solutions. Au vu des données et informations collectées il en ressort de façon générale qu'il est important de formuler des stratégies de développement sanitaire qui correspondent aux besoins et pour cela il est nécessaire de recueillir au préalable tous les besoins implicites et explicites de la population bénéficiaire. Il faut par la suite mettre en place des mécanismes de conduite du changement et de suivi et évaluation des projets existants à cet effet.

Les données représentants les tendances d'appauvrissement sont pour la plupart liées aux dépenses de la santé. L'augmentation de l'écart de pauvreté imputable aux paiements directs des prestations de santé est remarquable à travers les résultats des enquêtes menées dans le cadre de cette recherche. L'appauvrissement peut être considéré en soi comme un indicateur de l'ODD relatif à la CMU, il contribue également à la mise en relation directe des indicateurs de la CSU. La CMU est une réponse efficace et solidaire, elle comprend le partage des coûts, favorise les paiements formels, les préfinancements, les remboursements et les transferts des fonds ou des emprunts pour des personnes en situation financière précaire.

---

<sup>33</sup> Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la CSU en 2019

## 5 Références bibliographiques

### Articles

BM, - *Financement à haut rendement de la couverture sanitaire universelle*- Impulser une croissance durable pour tous au XXIe siècle. 2019. PP 3-8.

Boidin B. - *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise* - Économie publique. N° 28-29. 2012. PP 47-70.

Dieng M., Juquois M., Kamil W., Lo M., Rougeaux S. - *Améliorer l'équité et l'efficacité des dépenses sociales et subventions publiques* - Sénégal : Notes de politiques économiques et sociales. 2018. PP 03-17

Dupagne D. - *e-santé* – Communications. N° 88. 2011. PP 57-65.

El Mehdi I. - *Gouvernance et TIC : cas des pays d'Afrique*- ISEOR. N° 86. 2011/5. PP 63-84.

Gros J. - *santé et nouvelles technologies de l'information*- note d'Iéna. N° 98. 2002. PP 44-49.

Horton R., Lo S., - *Lancet : Global health 2035 : a world converging within a generation* -The Lancet, Vol. 382, No. 9908, p1859–1861.

Nauleau M., Destremau B., Lautier B. - *En chemin vers la couverture sanitaire universelle* - Revue Tiers Monde. N°215. 2013 PP 129-148.

Ondoua J. - *Le système de santé camerounais*- Rubriques international. adsp n° 39. 2002. PP 61-65.

Rouban L., Jobert B., Muller P. - *L'Etat en action : Politiques publiques et corporatismes* - Revue française de science politique. N°3. 1988. PP 433-435.

Seck I., Tal Dia A., Sagna O., Makhtar Leye O. - *déterminants de l'adhésion et de la fidélisation aux mutuelles de santé dans la région de Ziguinchor (Sénégal)*- S.F.S.P. 2017/1 Vol. 29. PP 105 -114

Xu K., Evans D., Carrin G., Aguilar-Rivera M. - *Protecting Households From Catastrophic Health Spending* - Health Affairs .2007. PP 972-983.

Franqueville A. - *Croissance démographique et immigration à Yaoundé* - Les Cahiers d'Outre-Mer. N° 32-128. 1979. PP 321-354

### Rapports

Agence Nationale de la Couverture Maladie Universelle., *Rapport de performance de l'année 2017*. Mars 2008. 19 pages.

Organisation Internationale du Travail., *Rapport mondial sur la protection sociale universelle 2017-2019 pour atteindre les objectifs de développement durable*. Genève. 2017. 498 pages

Serda groupe., *La Gouvernance de l'information numérique dans les organisations*. Avril 2016. 39 pages

Organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec la Banque Mondiale pour la reconstruction et le développement., *Rapport mondial de suivi 2017 : la couverture-santé universelle*. Villars-sous-Yens, Suisse. 2018. 88 pages.

World Economic Forum and INSEAD., *The Global Information Technology Report 2015*. Geneva. 2015. 381 pages.

Durairaj V., Evans D., *Fiscal space for health in resource-poor countries World Health Report background Paper, 41*. 2010. 29 pages.

Djoumessi J, Kom Y., *mesure et cartographie de la pauvreté à partir des conditions de vie démographique*. 3è RGPH Volume 2 tome 14. Bureau Centrale des Recensements et des Etudes de Population (BUCREP). 2005 .241 pages.

Dodd R., Thieren M., Beusenber M., Cassels A., Shibuya K., Mathers C., Abou-Zahr C., *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*. Rapport élaboré conjointement par le département OMD, Santé et politique de développement et le département systèmes de mesure et d'information sanitaire. OMS. 2005. 530 pages.

Bureau Internationale du Travail., *réalisation des garanties du Socle de Protection sociale au Cameroun*. 2020. 25 Pages.

## **Ouvrages**

Dussault G., Fournier P., Letourmy A. *L'Assurance maladie en Afrique francophone Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale. ISBN 0-8213-6617-3. 2006. 544 pages

Department of Economic and Social Affairs UN., *digital government in the decade of action for sustainable development With addendum on COVID-19 Response*. ISBN 978-92-1-123210-3. 2020. 364 pages.

Campenhoudt L., Marquet J., Quivy R, *Manuel de recherche en sciences sociales*. Ed Dunod. ISBN 978-2-10-076541-6.2017. 30 pages.

Kutzin J., *Towards Universal Health Care Coverage A Goal-oriented Framework for Policy Analysis*. ISBN 1-932126-32-5. 2020. 57 pages.

Kettani D., Moulin B., *L'e-gouvernement pour la bonne gouvernance dans les pays en développement : l'expérience du Projet eFez*. Ed presses université Laval. ISBN 978-2-7637-1938-2.2014. 373 pages.

BIT., *Mutuelles de santé en Afrique : Caractéristiques et mise en place*. ISBN 92-2-112080-5. 2000. 310 pages.

Gavard-Perret M., Gotteland D., Haon C., Jolibert A., *Méthodologie de la recherche*. Pearson Education France. ISBN : 978-2-7440-7241-3. 2008. 50 pages.

Fenneteau H., *L'enquête : entretien et questionnaire*. Ed Dunod. ISBN 978-2-10-072234-1. 2015. 125 pages

Project Management Institute, *Guide du corpus des connaissances en management de projet (GUIDE PMBOK®)*. Sixième édition ISBN : 978-1-62825-187-6. 2017. 793 pages.

Lautier B., *L'économie informelle dans le tiers monde*. Éd La Découverte. ISBN 9782707136466. 2004. 128 pages.

### **Mémoires**

Mamadou S., *Mise en œuvre de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le contexte du Règlement communautaire de la mutualité de l'UEMOA*. Mémoire de master professionnel en gouvernance mutualiste. Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines. 2015. 48 pages

### **Webographie**

FUKUI R., James C., Kelly T (2019). Comblent le fossé numérique de l'Afrique : le pouvoir des cartes. <https://blogs.worldbank.org/fr/digital-development/comblent-le-fosse-numerique-afrique-le-pouvoir-des-cartes>, consulté le 20/07/2021 à 10 : 33.

KEIT P. Qu'est-ce que la méthode Feuerstein ? <https://3-bis.fr/quest-ce-que-la-methode-feuerstein/>, consulté le 15/07/2021 à 11 : 07

Sagna o. (2001). Les technologies de l'information et le développement social au Sénégal : Un étatdeslieux.[https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/BA28329C8E73447D80256B5E0037A](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/BA28329C8E73447D80256B5E0037A), consulté le 21/07/2021 à 18 : 08.

Organisation Mondiale de la Santé. Health financing. [https://www.who.int/health\\_financing/fr/index.html](https://www.who.int/health_financing/fr/index.html) consulté le 04/05/2021 à 15: 45.

Programme des nations unies pour le développement. Objectif 3 : bonne santé et bien être. <https://www1.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html#targets>, consulté le 06/07/2021 à 13 :25.

OMS. health financing [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/fr/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/), consulté le 06/07/2021 à 14 :12.

Ministère des solidarités et de la santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/>, consulté le 23/07/21 à 14 :42.

OMS. WHO | Health systems financing: the path to universal coverage. <https://www.who.int/whr/2010/en/>, consulté le 07/07/2021 à 18 :06

## 6 Liste des illustrations

Figure 1: Importante variation de la croissance et du niveau des dépenses totales de santé dans les pays africains .....	6
Figure 3: architecture technique du SIGICMU .....	19
Figure 4: Progrès limités des pays dans l'atteinte des objectifs d'Abuja .....	24
Figure 5: Faible niveau des recettes publiques dans de nombreux pays .....	25
Figure 6: Proposition du cadre méthodologique de la recherche .....	27
Figure 1: structure organisationnelle de la CMU .....	29
Figure 7: démarche conceptuelle des questionnaires .....	34
Figure 8: répartition de la population pauvre dans la ville de Yaoundé .....	35
Figure 9: Trois dimensions à considérer lors de la progression vers une couverture universelle .....	37
Figure 10 : pyramide des stratégies sectorielles de la santé.....	40
Figure 11: répartition des profils des répondants.....	44
Figure 13: proposition de l'architecture système de la CSU au Cameroun .....	51

## 7 Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population totale du Cameroun par région sur la période 2020 – 2024 .....	9
Source : plan stratégique national de sante numérique 2020 – 2024 .....	9
Tableau 2 : répartition des travailleurs immatriculés au cours de l'exercice 2019.....	20
Tableau 3 : Evolution des effectifs des bénéficiaires d'allocations familiales au cours des 5 dernières années ..	21
Tableau 4 : répartition des bénéficiaires des pensions vieillesse et invalidité décès et vieillesse anticipée 2019	21
Tableau 5: Entretiens directifs et semi directifs.....	32
Tableau 6: matrice cadre de référence pour un diagnostic rapide de la situation actuelle et des besoins de sécurité sociale .....	30
Tableau 7: Identification de la population cible.....	35
Tableau 8: présentation des résultats.....	44
Tableau 9: Proposition paquet de soins minimum .....	48
Tableau 10: objectifs du dialogue sociétal .....	50
Tableau 11: Analyse FFOM.....	53
Tableau 12: Liste des parties prenantes .....	54
Tableau 13:Matrice influence et intérêt des parties prenantes .....	55
Tableau 14 : Planification financière .....	59

## 8 Annexes

8.1	Annexe 1 : Enquête pour la mise en place d'un nouveau système de la couverture santé universelle au Cameroun.....	xii
8.2	Annexe 2 : Questionnaire d'analyse globale du niveau de déploiement du "SIGICMU" .....	xiv
8.3	Annexe 3 : Guide d'entretiens .....	xv
8.4	Annexe 4 : Modules du SIGICMU .....	xvi
8.5	Annexe 5 : système de santé et influence .....	xvii
8.6	Annexe 6 : Cartographie de l'échantillon.....	xviii
8.7	Annexe 7 : Listes des représentants des ménages interviewés	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>



8.1 Annexe 1 : Enquête pour la mise en place d'un nouveau système de la couverture santé universelle au Cameroun

1. quelle est votre tranche d'âge ? \*

Une seule réponse possible.

10- 20 ans

21 - 59 ans 60 - 70 ans

71 - 99 ans

Quel est votre sexe ? \*

Féminin

Masculin

2. Quelle est votre profession ? \*

Plusieurs réponses possibles.

Travailleur.se du secteur publique/ fonctionnaire

Travailleur.se du secteur privée Travailleur.se du secteur informel élève, étudiant.e Autre :

3. êtes-vous inscrit.e à un régime d'assurance aux risques (Maladies, accidents, etc.)? \*

Les bénéficiaires des régimes d'assurances sont généralement des personnes ayant souscrits aux services fournis par la CNPS ou par les assureurs privés (AXA, SUNU, etc)

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

4. Si oui, lequel ?

Une seule réponse possible.

Régimes de la CNPS

Régimes des assureurs privés Autre

5. Avez-vous rencontré des difficultés pendant l'utilisation de ces services ?

Oui

Non

Non applicable

6. Si oui mentionnez quelques-unes

7. De manière générale quelle appréciation donneriez-vous à ces services ?

Une seule réponse possible.

1      2      3      4      5

8. Au cours des cinq dernières années, avez-vous bénéficié des services gratuits de santé (traitement paludisme 0-5 ans, traitement tuberculose, etc.)?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

Je n'étais pas informé (e)

9. A combien estimé vous le montant moyen (en FCFA), dépensé habituellement par an dans votre foyer pour des soins médicaux ? (Prenez en compte tous les coûts liés à la santé, y compris les frais restants à la charge de l'assuré si c'est votre cas ). \*

10. Seriez-vous et votre foyer capable de souscrire à un nouveau système de couverture maladie pour un montant de 3000 à 5000 par an ? \*

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non, je préfère payer à chaque consultation médicale

11. Seriez-vous en mesure de fournir des informations personnelles (Nom, CNI, âge, etc.) pour un éventuel enrôlement dans les mutuelles de santé communautaires ?

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

12. Si un nouveau système d'assurance santé était disponible aujourd'hui, quelle serait la probabilité que vous l'adoptiez ? \*

Ce nouveau système est basé sur un enrôlement volontaire et permet d'assurer à chaque individu et communauté, indépendamment de leur situation professionnelle, des services de santé dont ils ont besoin sans qu'ils soient exposés à des difficultés financières Une seule réponse possible.

Extrêmement probable

Très probable

Pas très probable

Pas du tout probable

## 8.2 Annexe 2 : Questionnaire d'analyse globale du niveau de déploiement du "SIGICMU"

Arrivé à la phase pilote de votre projet, le progiciel est déployé dans plusieurs régions du pays. Ce questionnaire vise à recueillir des informations en rapport à vos activités et vos avis concernant la question de la digitalisation de la CMU. \*Obligatoire

1. Mentionne-s'il vous plaît votre titre
2. De manière générale quelle appréciation donneriez-vous aux activités accomplies jusqu'ici ? \*

Une seule réponse possible.

Passable Bien Très bien Autre

3. A quel pourcentage estimez-vous aujourd'hui le niveau d'adoption des différentes applications de SIGICMU par la population ?
4. Quels conseils pourriez-vous donner à une agence gouvernementale qui aimerait déployer une solution digitale pour gérer la CMU ? \*
5. Pensez-vous que le SIGICMU nécessite une application supplémentaire ? \*

Plusieurs réponses possibles.

Oui

Non

6. Si oui, quel serait son rôle/objectif ?
7. Quelles difficultés avez-vous rencontrées pendant le déploiement du progiciel ?
8. Pensez-vous que l'utilisation des outils numériques est essentielle pour le développement de la CMU ? \*

Oui

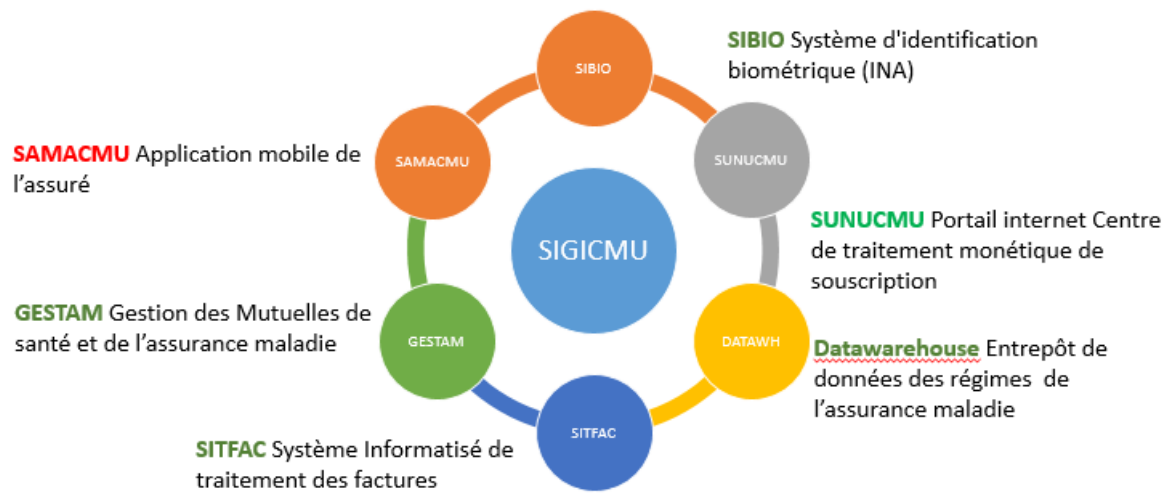
Non

9. Si oui, pourquoi ? (Quels sont les avantages de ces outils au regard de l'extension de la CMU ?)
10. Selon vous, quels sont les dispositifs (organisationnels, techniques, etc.) qui ont été les plus bénéfiques pour l'avancement du projet ? citez quelques-uns \*

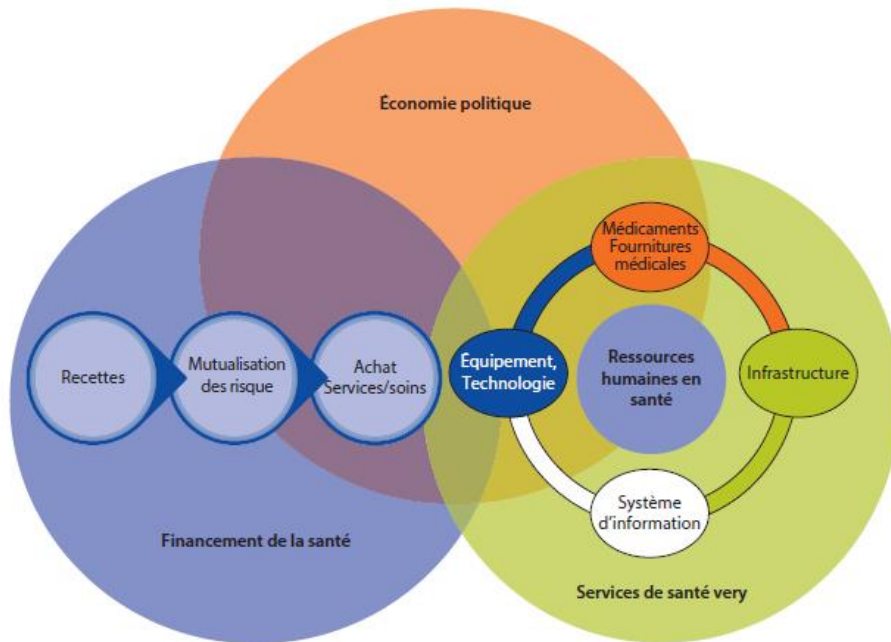
### 8.3 Guide d'entretiens

- Noms et prénoms ;
- Nombre des membres de la famille ;
- Quelle est votre profession ?
- Avez-vous des connaissances de la notion de couverture maladie universelle ?
- Si oui lesquelles ?
- Êtes-vous inscrit à un régime d'assurance aux risques (accidents, maladie, etc.) ?
- Pouvez-vous expliquer les raisons pour lesquelles vous et votre famille n'êtes pas inscrit à ce régime ?
- Nous sommes sur le point de mettre en place un système de couverture maladie à base communautaires, avez-vous une idée de quoi il s'agit ?
- L'adhésion à des mutuelles de santé se font moyennant une cotisation (3000 FCFA à 5000 FCFA/ mois), seriez-vous en mesure de payer ces cotisations ?
- Sinon quel modèle de cotisation vous conviendrait le mieux au vu de votre niveau de revenu ?
- Quelle est la probabilité pour que vous et votre famille adhérez à une mutuelle de santé communautaire ?
- Avez-vous des préoccupations et appréhensions concernant l'adhésion aux mutuelles de santé communautaires ?

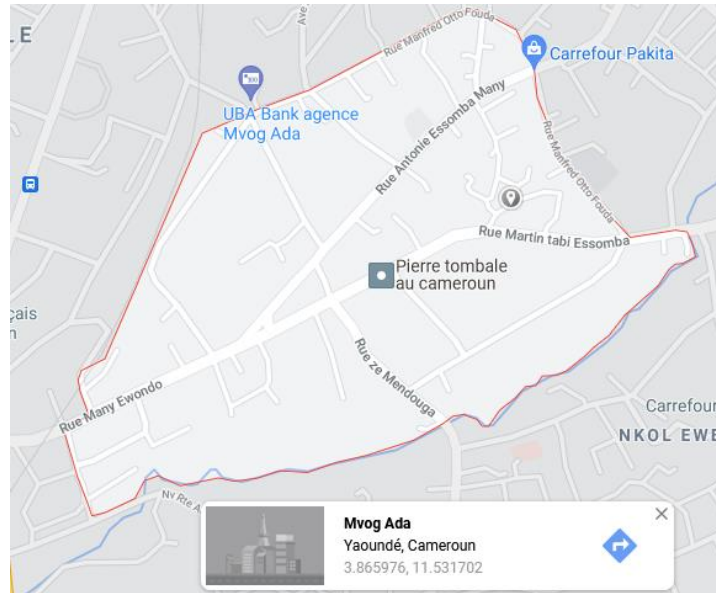
## 8.4 Annexe 4 : Modules du SIGICMU



## 8.5 Annexe 5 : système de santé et influence



## 8.6 Annexe 6 : Cartographie de l'échantillon



## Tables des matières

Remerciements .....	i
Mots-clefs.....	iii
Abstract .....	iv
Key-words.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	v
Sommaire .....	1
Introduction.....	3
1 Problématique de la CSU au Cameroun.....	5
1.1 Clarification : CMU versus CSU.....	5
1.2 Objectifs et caractéristiques de la Couverture Santé Universelle .....	5
1.2.1 Objectifs de la CSU .....	5
1.2.2 Caractéristiques de la CSU .....	7
1.3 Contexte démographique, socio-économique et technologique camerounais .....	8
1.3.1 Contexte démographique .....	8
1.3.2 Contexte socio-économique .....	9
1.3.3 Dispositions en matière de développement numérique et e-santé.....	10
1.4 Questions et objectifs de recherche .....	12
1.4.1 Enoncé des questions de recherche .....	12
1.4.2 Objectifs de la recherche .....	13
1.5 Intérêts de la recherche .....	13
1.6 Résultats escomptés.....	13
2 Investissements dans la CSU au Cameroun : clé d’une croissance inclusive et durable .	15
2.1 La couverture maladie universelle : théories et pratiques .....	15
2.1.1 Théories.....	15
2.1.2 Pratiques .....	16
2.2 Analyse du cadre global de la CMU au Sénégal .....	17
2.2.1 La sécurité sociale au Sénégal : les gratuités et la CMU .....	17
2.2.2 Conduite du changement : Positionnement du SIGICMU.....	18
2.3 « Statu quo » du système camerounais de sécurité sociale .....	20
2.3.1 Revue des dispositifs de sécurité sociale .....	20
2.3.2 Financements et gestion des soins médicaux.....	21
2.3.3 Impact de la CSU sur la pauvreté .....	22
2.3.4 Place de CMU au Cameroun : stratégies et financement .....	24



2.4	Hypothèses de recherche.....	25
2.5	Choix méthodologique .....	26
2.5.1	Collecte des données qualitatives et quantitatives .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
2.5.2	Méthode de traitement et d’analyse des données collectées .....	33
2.6	Limites de l’étude .....	27
3	Repenser la CMU au Cameroun : cadre d’action et leçons tirées de l’expérience sénégalaise .....	29
3.1	Diagnostic organisationnel et technique : enquêtes de terrain, entretien (secteur formel et informel).....	29
3.1.1	Diagnostic organisationnel.....	29
3.1.2	Diagnostic technique.....	30
3.1.3	Enquêtes de terrains et collecte des données quantitatives et qualitatives.....	31
3.1.4	Echantillonnage .....	34
3.2	Accélérer le progrès en vue de la mise en place de la CSU : orientations, directions et opportunités .....	36
3.2.1	Orientations.....	36
3.2.2	Directions : leadership politique et une vision stratégique claire .....	37
3.2.3	Les mutuelles de santé communautaires : une stratégie essentielle pour l’extension de la CSU .....	40
3.2.4	Opportunités .....	43
3.3	Analyse et interprétations des résultats .....	43
3.3.1	Déconstruction et explications des sources des données .....	43
3.3.2	Reconstruction des résultats, raisonnements et argumentations des résultats .....	44
4	Recommandations et Proposition d’un projet de mise en place d’un Système pour couverture maladie des personnes vulnérables à base communautaire.....	46
4.1	Adéquation entre les services de la CSU offerts et les besoins spécifiques de la population désignée.....	46
4.1.1	Facteurs de réussite .....	46
4.2	Recommandations et scénarii.....	49
4.2.1	Recommandations .....	49
4.2.2	Scénarii .....	51
4.3	Proposition du projet .....	52
4.3.1	Contexte et justification du projet.....	52
4.3.2	Analyse FFOM et croisement .....	53
4.3.3	Analyse des parties prenantes .....	54

4.3.4	Cadre logique du projet.....	56
4.3.5	Structure de découpage du projet .....	57
4.3.6	Chronogramme du projet : diagramme de GANT .....	58
4.3.7	Budgétisation .....	59
Conclusion .....		60
5	Références bibliographiques.....	vi
6	Liste des illustrations.....	ix
7	Liste des tableaux.....	x
8	Annexes .....	xi
8.1	Annexe 1 : Enquête pour la mise en place d'un nouveau système de la couverture santé universelle au Cameroun.....	xii
8.2	Annexe 2 : Questionnaire d'analyse globale du niveau de déploiement du "SIGICMU" .....	xiv
8.3	Guide d'entretiens.....	xv
8.4	Annexe 4 : Modules du SIGICMU .....	xvi
8.5	Annexe 5 : système de santé et influence .....	xvii
8.6	Annexe 6 : Cartographie de l'échantillon.....	xviii
8.7	Annexe 7 : Listes des représentants des ménages interviewés	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Tables des matières .....</b>		<b>xix</b>