



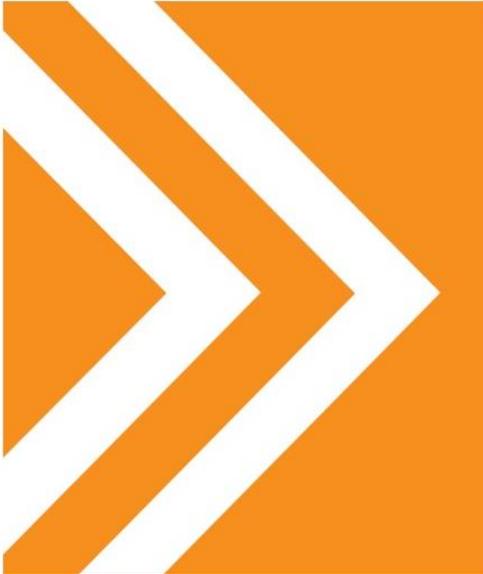
**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance  
& Governance**  
*Expanding Access. Improving Health.*

REGION DE L'AFRIQUE DE L'OUEST

FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET LA  
PLANIFICATION FAMILIALE



# Le financement de la couverture sanitaire universelle et de la planification familiale

## Étude panoramique multirégionale et analyse de certains pays d'Afrique de l'Ouest : Cameroun

Janvier 2017

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Elle a été préparé par Jenna Wright, Karishmah Bhuanee, Ffyoa Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer et Rena Eichler.

## **Le projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG)**

Le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance, HFG) de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès des populations aux soins de santé. Dirigé par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires pour accroître leurs ressources nationales en matière de santé, gérer plus efficacement ces précieuses ressources et prendre des décisions éclairées en matière d'achats. Ce projet mondial de cinq ans et 209 millions de dollars vise à accroître l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, y compris le VIH / sida, la tuberculose, le paludisme et les services de santé génésique. Conçu pour renforcer fondamentalement les systèmes de santé, HFG apporte son soutien aux pays qui naviguent sur les transitions économiques nécessaires pour atteindre des soins de santé universels.

**Janvier 2017**

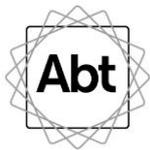
**Cooperative Agreement No:** AID-OAA-A-12-00080

### **Soumettre à:**

Scott Stewart, AOR  
Office of Health Systems  
Bureau for Global Health

Eleonore Rabelahasa,  
Senior Health Systems Strengthening and Policy Advisor  
USAID West Africa Regional Health Bureau

**Citation recommandée :** Wright, Jenna, Karishmah Bhuwane, Ffiona Patel, Jeanna Holtz, Thierry van Bastelaer and Rena Eichler. 2016. *Financing of Universal Health Coverage and Family Planning: A Multi-Regional Landscape Study and Detailed Analysis of Select West African Countries*. Rapport préparé par le Projet Health Finance & Governance. Washington, DC: United States Agency for International Development.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |  
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)  
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



# LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

## ÉTUDE PANORAMIQUE MULTIREGIONALE ET ANALYSE DE CERTAINS PAYS D'AFRIQUE DE L'OUEST

### CAMEROUN

#### **AVERTISSEMENT**

Les opinions des auteurs exprimées dans cette publication ne reflètent pas nécessairement les vues de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) ou du Gouvernement des États-Unis.



# TABLE DES MATIÈRES

Acronymes.....	iii
Remerciements.....	v
Synthèse.....	vii
4. Cameroun.....	11
4.1 Un aperçu bref de pays.....	11
4.2 Contexte.....	15
4.3 Le financement de la santé au Cameroun.....	15
4.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.....	17
4.5 Opportunités en matière de financement de la santé.....	18
4.6 Sources.....	19

## Liste des figures

Figure 1: Un aperçu bref de Cameroun.....	13
---	----



## ACRONYMES

<b>AMC</b>	Assurance maladie communautaire
<b>AMO</b>	Assurance Maladie Obligatoire (Guinée, Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale d'Assistance Médicale (Mali)
<b>ANAM</b>	Agence Nationale de l'Assurance Maladie (Bénin)
<b>APSAB</b>	Association Professionnelle des Sociétés d'Assurances du Burkina Faso (Burkina Faso)
<b>CAMNAFAW</b>	Cameroon National Association for Family Welfare (Cameroun)
<b>CAMS</b>	Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (Cameroun)
<b>CANAM</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Mali)
<b>CNPS</b>	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (Cameroun)
<b>CNS</b>	Comptes nationaux de santé
<b>CNSS</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale (Burkina Faso, Guinée)
<b>CONSAMAS</b>	Concertation Nationale des Structures d'Appui aux Mutuelles et Assurances de Santé (Bénin)
<b>CPS</b>	Cellule de Planification et de Statistique (Mali)
<b>CSU</b>	Couverture sanitaire universelle
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>FCFA</b>	Franc CFA (Burkina Faso)
<b>GIZ</b>	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit / Société allemande pour la coopération internationale (Cameroun)</i>
<b>HFG</b>	Health Finance and Governance Project / Projet de Financement et Gouvernance de la Santé
<b>INAM</b>	Institut National d'Assurance Maladie (Togo)
<b>INSD</b>	Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)
<b>IPM</b>	Institution de Prévoyance Maladie (Sénégal)
<b>IPRES</b>	Institut de Prévoyance Retraite et Sociale (Sénégal)
<b>IST</b>	Infection sexuellement transmissible
<b>MFPTSS</b>	Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Sécurité Sociale (Burkina Faso)
<b>MPFEF</b>	Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille (Mali)
<b>MS</b>	Ministère de la Santé (Togo)

<b>MSAH</b>	Ministère de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (Mali)
<b>MSPH</b>	Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène (Mali)
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>PDS</b>	Plan de Développement Sanitaire (Niger)
<b>PDSS</b>	Plan de développement sanitaire et social (Mali)
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PMAS</b>	Pool micro-assurance santé (Sénégal)
<b>PNDS</b>	Plan National de Développement Sanitaire (Bénin, Guinée, Togo)
<b>PRODESS</b>	Programme pour le Développement Social et Sanitaire (Mali)
<b>PROMUSCAM</b>	Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (Cameroun)
<b>RAMED</b>	Régime d'Assistance Médicale (Mali)
<b>RAMU</b>	Régime d'Assurance Maladie Universelle (Bénin)
<b>SNFS pour la CSU</b>	Stratégie nationale de financement de la santé vers la CSU (Guinée)
<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>ST-AMU</b>	Secrétariat technique de l'assurance maladie universelle (Burkina Faso)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UEMOA</b>	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (Niger)
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development
<b>UTM</b>	Union Technique de la Mutualité Malienne (Mali)
<b>VIH/sida</b>	Virus de l'immunodéficience humaine / Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>WARHO</b>	West Africa Regional Health Office / Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest

## REMERCIEMENTS

Cette étude a été financée par l'United States Agency for International Development (USAID) et mise en œuvre par le Projet de Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance Project, HFG).

M. Abdoulaye Ba, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Cameroun, en Guinée, au Mali et au Sénégal. Le Dr Birahime Diongue, consultant de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Bénin, au Niger et au Togo. Le Dr André Zida, spécialiste de haut niveau en financement de la santé, a facilité la collecte des données et les entretiens avec des informateurs clés au Burkina Faso.

Le leadership, le soutien, la collaboration et les contributions des collègues de l'USAID/ Bureau régional de l'Afrique de l'Ouest (West Africa Regional Health Office, WARHO) ont été essentiels pour réaliser cette étude panoramique et cette analyse. Les auteurs tiennent à exprimer leur reconnaissance pour le soutien fourni par le Dr Eleonore Rabelhasa, conseiller de haut niveau en politiques et renforcement des systèmes de santé (WARHO) et par Mme Rachel Cintron, responsable du Bureau de la Santé (WARHO). Les auteurs reconnaissent la participation active et la collaboration des Missions de l'USAID et de multiples partenaires de mise en œuvre et institutions non gouvernementales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, en Guinée, au Mali, au Niger, au Sénégal et au Togo. Les auteurs sont également reconnaissants pour les contributions et la collaboration des ministères de la Santé et d'autres organismes gouvernementaux dans ces pays. Ils remercient tous les informateurs clés qui ont partagé leur temps et leur sagesse (voir la liste à l'Annexe C).

Enfin, les auteurs tiennent à remercier Bry Pollack et Suzanne Erfurth (Abt Associates) pour la révision du document, Alain Schuster et Julie Verbert (ASJV Associates) pour la traduction et Erin Miles et Audrey Hanbury (Abt Associates) pour la conception du rapport.



## SYNTHESE

Reconnaissant qu'une population en bonne santé est favorable au développement économique, à la résilience et à la prospérité, de nombreux gouvernements se sont lancés sur la voie de la couverture sanitaire universelle (CSU). La communauté internationale, les gouvernements nationaux et de nombreuses organisations privées et personnes physiques convergent sur le principe selon lequel l'accès universel à la planification familiale est un objectif qui mérite un accroissement des investissements financiers. L'amélioration de l'accès à la planification familiale est également importante pour le développement économique d'un pays, et elle aide les pays à améliorer également l'état de santé de la population, en particulier pour les femmes, les nouveau-nés et les enfants.

La réalité des ressources limitées pour la santé a entraîné un examen plus approfondi de la façon dont les soins de santé sont financés. Pour atteindre la CSU, les gouvernements cherchent à appliquer des mécanismes de dépenses améliorés et plus appropriés pour la santé et la promotion de la sécurité financière des ménages. Bien qu'il n'existe pas de modèle unique ou parfait pour le financement de la santé, la communauté des décideurs en matière de santé peut utiliser les diverses expériences acquises dans le monde entier pour identifier les meilleures pratiques.

Ce rapport a pour objet de présenter les conclusions d'une étude panoramique portant sur les tendances observées et les leçons apprises dans quinze pays de multiples régions. Nous avons effectué des analyses détaillées de huit pays d'Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo (« pays ciblés »). Nous avons passé en revue le cadre de financement de la santé de sept autres pays qui en sont à diverses étapes du cheminement vers la CSU afin de tirer les leçons apprises et d'éclairer des stratégies possibles : Éthiopie, Ghana, Indonésie, Kenya, Malaisie, Nigeria et Afrique du Sud (« pays de référence »).

Les parties intéressées par ce rapport peuvent inclure les ministères de la Santé ou les organismes nationaux chargés de la mise en place de la CSU, les collectivités locales, les parties prenantes de la CSU en Afrique de l'Ouest, le Bureau de la Santé pour la Région de l'Afrique de l'Ouest de l'*United States Agency for International Development* et ses Missions dans les pays concernés, et le secteur privé.

Le Chapitre 1 du rapport présente les constatations de l'étude panoramique résultant de l'étude des quinze pays. Les Chapitres 2–9 du rapport présentent les constatations approfondies produites par l'étude des huit pays ciblés, y compris des descriptions du cadre de financement de la santé de chacun de ces pays et des stratégies appliquées par leurs gouvernements pour la CSU et la planification familiale, et une discussion des points forts et des points faibles du financement de la santé ainsi que des opportunités d'interventions pouvant avoir un impact important et potentiellement améliorer le cadre de financement de la santé pour la CSU et la planification familiale dans ces pays.

Tous les quinze gouvernements ont mentionné la CSU ou un concept similaire dans leurs grandes stratégies publiques pour le secteur de la santé, bien que la plupart des pays concernés ne pensent pas pouvoir atteindre la couverture sanitaire universelle pendant le terme de leurs stratégies actuelles. Au lieu de cela, les gouvernements ont généralement l'intention de prendre des mesures visant à accroître progressivement la couverture de la population dans le cadre d'initiatives existantes ou de nouvelles initiatives. En général, les documents de stratégie de ces pays en matière de CSU s'appuient sur le concept d'*universalisme progressiste*, tel que décrit par Gwatkin et Ergo (2011) et adopté en 2013 par la Commission sur les investissements dans la santé du Lancet (Jamison et al. 2013). Cela signifie qu'ils incluent de multiples stratégies pour améliorer la couverture pour les pauvres, le secteur informel et le secteur formel (et tout est censé se dérouler simultanément). La plupart des pays avaient des stratégies spécifiques visant à engager le secteur privé dans le cadre de leur stratégie globale d'atteinte de la CSU. Cependant, la planification familiale

était souvent absente des principaux documents stratégiques élaborés, et elle était fréquemment traitée dans des documents distincts axés exclusivement sur la politique à suivre en matière de planification familiale ou de santé de la reproduction. Les gouvernements ayant des documents stratégiques séparés pour la planification familiale semblent avoir des plans d'action plus concrets et spécifiques pour la planification familiale, alors que les gouvernements qui mentionnent la planification familiale dans le contexte d'un plan stratégique plus général pour le système de santé ont généralement des plans moins détaillés à cet égard.

Bien que les quinze pays varient en termes de couverture et d'utilisation de la planification familiale, beaucoup des stratégies visant à améliorer l'accès à la planification familiale sont similaires, comme une sensibilisation accrue et l'augmentation de la demande par le biais du marketing social, la délégation de tâches afin de permettre la fourniture des services au sein de la communauté et l'augmentation du nombre des centres offrant des services de planification familiale.

Même dans les systèmes de santé les moins fragmentés, les services de santé sont financés par plusieurs mécanismes différents. La plupart des mécanismes de financement de la santé, ou parfois tous ces mécanismes, sont inclus dans le cadre de financement de la santé de tous les quinze pays. Les niveaux de couverture des services, de couverture de la population et de protection financière étaient variables.

Ces niveaux de couverture constituent une manière essentielle de mesurer les progrès des pays vers la CSU et l'accès universel à la planification familiale. Pour évaluer ce dernier point, il est possible d'estimer le degré auquel les mécanismes de financement de la santé couvrent les services de planification familiale (c.-à-d., cherchent à assurer leur fourniture), le pourcentage de la population pouvant accéder (et accédant) à ces services dans le cadre de chacun de ces mécanismes, et quel degré de protection financière est fourni pour la planification familiale.

Les Chapitres 2–9 de ce rapport développent chacun de ces mécanismes dans les huit pays ciblés ; les leçons tirées des sept pays de référence sont intégrées à l'analyse multirégionale du Chapitre 1.

**Une fourniture de services de santé financée par l'État** existe dans tous les pays de l'étude. Les fonds octroyés par les gouvernements aux établissements de santé leur permettent de fournir à leurs patients des services à prix réduit. Le gouvernement se charge souvent des achats ; dans certains pays, des comités communautaires sont établis pour être consultés afin de déterminer comment les établissements de santé dépenseront les fonds disponibles. Dans de nombreux pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires, le mécanisme d'achat employé par les acheteurs de l'État est un *financement basé sur les intrants* (p. ex., paiement des salaires des travailleurs de santé, produits de base et infrastructure). Les gouvernements associent souvent un tel financement direct pour les services de santé au *financement du côté de la demande* (p. ex., paiement de services pour le compte de patients afin de réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins) afin d'améliorer l'équité de l'accès aux services de santé.

La dispense de paiement des honoraires par les utilisateurs et l'octroi de bons sont deux exemples de mécanismes de financement favorables aux pauvres, car ils réduisent la part des coûts à la charge des ménages pauvres et vulnérables. L'expérience de la Malaisie comme pays à revenus intermédiaires, tranche supérieure, ayant une couverture sanitaire quasi-universelle par le secteur public en matière de prestation de soins de santé fournit des leçons qui seront utiles pour les pays d'Afrique de l'Ouest au fur et à mesure que leurs économies se développeront, leurs systèmes de santé atteignant un stade de maturité supérieur et leurs gouvernements étant alors confrontés à de nouveaux défis causés par une transition épidémiologique et le vieillissement de la population. Les gouvernements peuvent maintenant mettre en place des cadres juridiques visant à permettre aux réformes du système de santé de répondre aux besoins changeants.

En général, au moins certains produits de base pour la planification familiale sont fournis gratuitement dans les établissements de santé et par des travailleurs de santé communautaires qui reçoivent un financement public, mais ces systèmes de distribution peuvent être améliorés. Un régime de distribution de bons au Kenya fournit des subventions ciblées pour la maternité sans risque, les méthodes de planification familiale de longue durée et les services d'assistance en cas de

violences sexuelles. Ces subventions ciblent à la fois les ménages et les prestataires publics et privés. Elles peuvent être applicables dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest, où les gouvernements cherchent à réduire les barrières financières aux services prioritaires tels que la planification familiale, encouragent l'augmentation de la demande et s'efforcent d'améliorer la qualité du travail des prestataires de services publics et privés.

**L'assurance maladie sociale** fait souvent partie de la stratégie des gouvernements visant à acheter des services de santé en mobilisant et combinant des fonds de sources publiques et privées qui seront utilisés en fonction des capacités de paiement des membres. De nombreux gouvernements ont l'intention de mettre en œuvre ou de développer davantage des régimes d'assurance maladie sociale et ils ont fait adopter des lois dans ce but. Cependant, la mobilisation des ressources requises pour subventionner même des prestations de base pour les citoyens ayant des moyens limités ou n'étant pas du tout en mesure de payer pour les services de santé peut représenter un processus difficile et prenant beaucoup de temps à mettre en œuvre.

Le déploiement du système ambitieux de payeur unique en Indonésie à partir de 2014 est en partie la conséquence d'une action en justice intentée par des citoyens et visant à rendre l'État responsable de la mise en œuvre de la loi de 2004 sur le Système national de sécurité sociale. Au Nigeria, le fonds chargé de financer la prestation des services de santé de base (Basic Health Care Provision Fund) a besoin d'appropriations budgétaires annuelles pour lui permettre d'atteindre ses objectifs. En 2012, la loi du Ghana concernant la réforme du régime national d'assurance maladie (National Health Insurance Scheme) exigeait l'inclusion de la planification familiale d'une manière à déterminer par le ministre de la Santé, mais trois ans après, le gouvernement n'avait toujours pas élaboré les directives d'application de la politique et les consignes nécessaires pour intégrer les méthodes de planification familiale au régime. Le déploiement par le Gouvernement sud-africain de l'assurance maladie nationale avance bien, dans le cadre d'une approche en plusieurs phases devant durer plus de dix ans pour assurer sa mise en place.

Les gouvernements doivent affecter des fonds substantiels pour développer l'assurance maladie sociale, et de nombreux pays privilégient les programmes d'assurance maladie sociale ciblant les employés du secteur formel, qui sont plus faciles à administrer. Cependant, la différence du niveau de protection financière entre le secteur formel (qui comprend souvent les ménages les plus aisés) et le reste de la population peut créer un cycle d'iniquité et accroître la fragmentation du système de santé.

**L'assurance maladie communautaire (AMC)** est souvent incluse dans les stratégies de CSU des pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en raison de la perception de son avantage comparatif pour identifier et inscrire les secteurs de la population qui sont insuffisamment servis, ne sont pas assurés et comprennent essentiellement les travailleurs du secteur informel dans des régimes de mise en commun des risques. Bien que l'augmentation du nombre des régimes d'AMC puisse sembler faisable pour les gouvernements à court terme, le modèle conduit souvent à la mise en place de mécanismes de financement de la santé sous l'égide de l'État. Par exemple, au Ghana, des membres de la communauté se sont initialement portés volontaires pour gérer ces régimes ; toutefois, ces régimes se sont progressivement transformés en régimes à gestion plus professionnelle et leurs administrateurs sont devenus des agents de l'État.

L'adhésion aux régimes d'AMC est souvent facultative ou n'est pas contrôlée, et ces régimes sont souvent vulnérables à l'*anti-sélection*, une situation caractérisée par des adhésions disproportionnées par des personnes à haut risque et un faible taux d'adhésion par les personnes à faible risque. Les initiatives d'AMC telles que celles de l'Éthiopie peuvent permettre de créer des groupes plus importants de risques mis en commun, une fois que le gouvernement est en mesure de gérer la transition. Cette transition pourrait être bénéfique pour assurer que les membres des régimes d'AMC obtiennent une protection financière pour les services de santé fournis par les hôpitaux régionaux ou nationaux.

**L'assurance maladie privée** est un mécanisme de financement de la santé existant dans les quinze pays de l'étude, mais son rôle varie d'un pays à l'autre. L'assurance maladie privée a tendance à cibler

les ménages aisés et les travailleurs du secteur formel. On note toutefois quelques rares exemples d'assureurs maladie privés et de régimes d'assurance communautaire privés qui ciblent les ménages à faibles revenus ou les travailleurs du secteur informel. Certaines sociétés privées fournissent d'elles-mêmes des subventions pour le paiement des primes ou d'autres prestations de santé offertes par des compagnies d'assurance maladie privées afin d'attirer et de fidéliser des employés compétents, par exemple au Kenya et au Nigeria. En général, ce modèle ne contribue pas substantiellement à la couverture de la population dans les pays ayant des secteurs formels peu développés.

**Les dépenses à la charge des ménages** représentent les paiements effectués directement par les ménages aux prestataires pour des produits et services de santé au moment de leur fourniture. Il s'agit du mécanisme de financement dominant dans la plupart des quinze pays de l'étude. Dans tous les pays concernés, les ménages paient toujours une contribution pour certains produits ou services de santé fournis, comme on peut le voir même en Malaisie, où la plupart des services sont fournis gratuitement ou à très faible coût par un réseau étendu d'établissements publics de santé. Dans les pays n'ayant que de faibles niveaux d'autres mécanismes de financement de la santé ou de mise en commun des risques, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent la majorité des dépenses des ménages, et les dépenses des ménages en proportion des dépenses de santé totales sont généralement très élevées.

Il existe un intérêt croissant pour la mobilisation du financement privé. Étant donné que les dépenses des ménages constituent déjà une proportion élevée des dépenses de santé totales et que les pays ciblés ont des secteurs formels relativement faibles, cette étude n'a pas identifié de nombreux exemples de façons d'engager le secteur privé dans le financement de la santé. Cependant, les gouvernements peuvent améliorer l'équité et augmenter l'efficacité en mettant en œuvre des mécanismes de financement de la santé qui répartissent les risques entre des secteurs étendus de la population et protègent les ménages contre les coûts catastrophiques. Les gouvernements doivent réformer continuellement le système de santé afin de fournir une meilleure couverture, et une couverture plus équitable, à la population, et la voie vers la CSU doit évoluer progressivement en fonction des changements des besoins et des demandes de la population.

Les programmes subventionnés par des gouvernements qui ne disposent pas de suffisamment de ressources pour couvrir tous les citoyens couvriront, nécessairement ou à dessein, un segment limité de la population. Ceci peut cependant affaiblir la solidarité sociale et l'équité, et l'atteinte de l'*universalisme progressiste* risque d'être compromise. Des mécanismes de financement de la santé sur une plus petite échelle ou plus ciblés peuvent promouvoir un accès plus équitable aux services essentiels. De plus, il est essentiel de garantir un accès universel à la planification familiale par le biais d'initiatives de CSU.

De nombreux gouvernements des pays ciblés par cette étude envisagent des interventions simultanées pour améliorer la protection financière en liaison avec les soins de santé et la poursuite de la CSU : financement des établissements de santé avec des fonds publics, développement de l'assurance maladie sociale et encouragement de l'établissement de régimes de santé communautaires contribuant à la couverture de segments de la population difficiles à atteindre. Avec des secteurs formels relativement faibles, les pays ciblés devront augmenter de façon spectaculaire le nombre des régimes d'AMC afin d'atteindre un niveau d'inscriptions presque universel dans leur population. La couverture de la population par l'AMC et les autres formes d'assurance est faible dans la plupart d'entre eux.

L'examen par cette étude des cadres de financement de la santé dans tous les pays ciblés révèle plusieurs opportunités de renforcement pour tous ces mécanismes de financement ou de création de nouveaux mécanismes permettant d'accroître la couverture pour les soins de santé et la planification familiale.

## 4. CAMEROUN

### 4.1 Un aperçu bref de pays



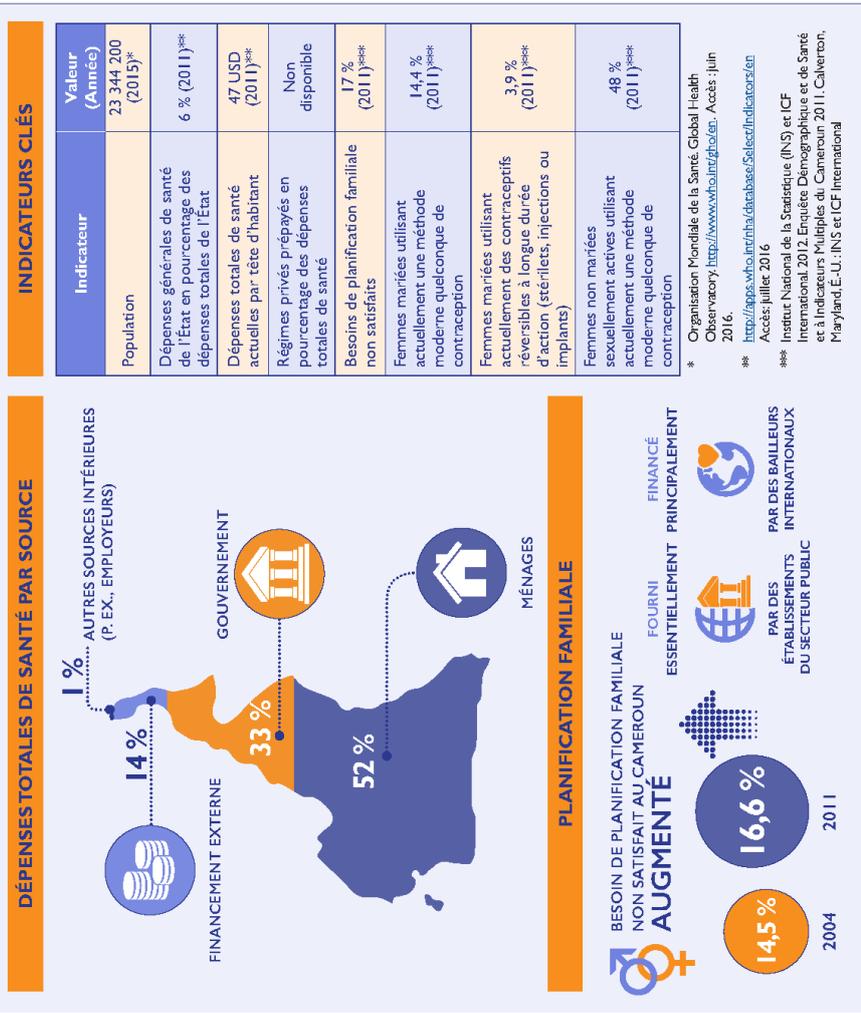




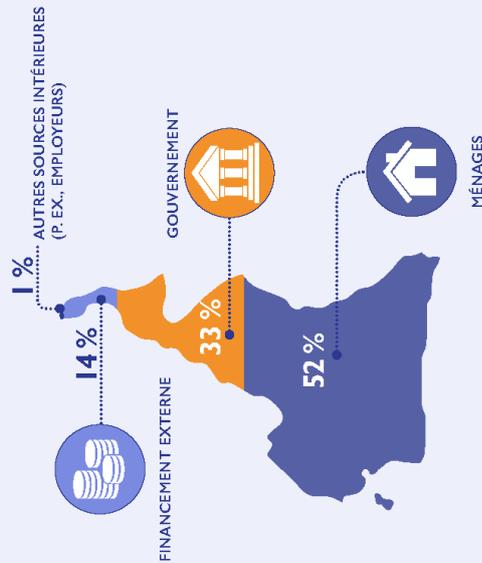
# Cameroun

## STRATÉGIES DE FINANCEMENT POUR METTRE EN PLACE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE ET L'ACCÈS À LA PLANIFICATION FAMILIALE

### Les stratégies du Cameroun pour améliorer la couverture des services de santé



#### DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ PAR SOURCE



#### PLANIFICATION FAMILIALE



Figure 1: Un aperçu bref de Cameroun

La principale stratégie du Cameroun pour atteindre la CMU consiste à fournir une assurance maladie communautaire au secteur informel, qui représente 40 % des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté. En 2009, la couverture de la population par l'assurance maladie communautaire était de 1,30 %. Le Plan national de développement sanitaire 2011-15 avait comme objectif d'atteindre une couverture de 40 % en 2015 en créant un régime d'assurance maladie communautaire dans chaque district<sup>i</sup>. Le gouvernement fournit également des soins de santé subventionnés aux indigents, des soins gratuits aux femmes enceintes par le biais d'un programme de vouchers et un traitement gratuit du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans. Un comité de pilotage du Ministère de la Santé est en train d'élaborer une feuille de route pour la CMU. La feuille de route définira le foirait de prestations et établira une stratégie pour le financement de la santé.

L'assurance maladie privée au Cameroun est limitée à un petit nombre de ménages aisés. Il existe 16 compagnies d'assurances privées agréées qui vendent des polices d'assurance maladie ; leur prime annuelle pour un ménage de quatre personnes est d'environ 780 USD, par rapport à 24 USD pour l'assurance maladie communautaire<sup>ii</sup>. Plusieurs partenariats public-privé existent au Cameroun, comme le Groupement Inter-Patronal du Cameroun (GICAM), qui a collaboré avec le Ministère de la Santé afin d'établir un fonds pour les médicaments anti-rétroviraux.

En 2011, 24 pour cent des femmes en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive ; dans la moitié des cas, ces femmes s'adressaient à un établissement de santé et dans l'autre moitié des cas elles achetaient les produits de contraception à des détaillants, des amis ou des membres de leur famille<sup>iii</sup>. Le secteur privé joue un rôle actif dans la fourniture de contraceptifs, y compris par le biais du marketing social ; il fournit des contraceptifs à 27 % des utilisatrices<sup>iv</sup>.

#### Défis et opportunités

Le taux de couverture de la population par l'assurance maladie communautaire est très bas, nettement en dessous des objectifs du gouvernement. Ceci est dû en partie au prix très élevé des primes et à l'absence de flexibilité dans les calendriers de paiement. On constate un manque de confiance dans les régimes d'assurance maladie communautaires, et la plus grande partie de la population estime que l'assurance est un produit pour les riches. Le Cameroun a une opportunité de renforcer certains régimes d'assurance pour améliorer la valeur qu'ils fournissent aux communautés.

i EPOS/ Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement, 2009. Etude diagnostique et cartographique des MS au Cameroun.  
 ii Ministère de la Santé Publique, 2011. 2011-15 Plan National de Développement. Cameroun.  
 iii <http://data.who.int/rnha/databases/Sales/indicators/en>, Accessed June 2016  
 iv Institut National de la Statistique (INS) et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Cameroun 2011. Calverton, Maryland, E.U.  
 v Ibid.

## Le rôle du secteur public dans le financement de la santé

Les secteurs public et privé contribuent aux trois principales fonctions du financement de la santé :



- LE RÔLE DU SECTEUR PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**
- Revenus du budget général de l'État (33 % des DTS)
  - Subventions ou prêts de partenaires de développement (14 % des DTS)

- Services de santé à la disposition de la population dans les établissements publics de santé
- Les régimes d'assurance maladie communautaire mettent les risques en commun au niveau de chaque régime

- Le gouvernement achète des services dans des établissements publics de santé des manières suivantes :
  - » Soins partiellement subventionnés pour l'ensemble de la population
  - » Soins totalement subventionnés pour les indigents et les femmes enceintes
  - » Traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans
- Le gouvernement est en train de renforcer le financement basé sur les résultats à l'échelle nationale (financement par la Banque mondiale et par Global Financing Facility)

- LE RÔLE DU SECTEUR PRIVÉ DANS LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ**
- Paiements à la charge des ménages (51,4 % des DTS)
  - Cotisations volontaires prépayées des ménages (0,74 % des DTS)

- Les assureurs privés mettent les risques en commun pour l'assurance volontaire au niveau du régime, mais le taux de couverture de la population au Cameroun est bas en raison du coût élevé des primes

- Les ménages sont les principaux acheteurs de services de santé du secteur privé

## Mécanismes de financement de la santé par segment de la population :

Mécanismes de financement de la santé disponibles  
À la population varie :

	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES / PERSONNES VULNÉRABLES
Services de santé à financement public	✓	✓	✓
Assurance maladie communautaire volontaire		✓	✓

	SEGMENT DE LA POPULATION :		
	SECTEUR FORMEL	SECTEUR INFORMEL : NON-PAUVRES	SECTEUR INFORMEL : PAUVRES / PERSONNES VULNÉRABLES
Assurance maladie privée volontaire	✓		
Dépenses non remboursées	✓	✓	✓

## À PROPOS DE CETTE SÉRIE

Cet aperçu sur un pays est l'un d'une série de 15 aperçus produits par le projet Health Finance & Governance. Les aperçus résumés des informations sur les programmes de financement public et privé pour les services de planification familiale et de santé qui aident les pays concernés à atteindre la couverture maladie universelle. Voici le lien pour consulter la série et un rapport récapitulatif : [www.hfproject.org](http://www.hfproject.org).



## 4.2 Contexte

Le financement de la santé est un bloc de construction fondamental d'un système de santé et il joue un rôle crucial pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale. Les gouvernements utilisent souvent plusieurs mécanismes de financement de la santé pour avancer en direction de la couverture sanitaire universelle. Dans le Chapitre I, nous avons présenté les tendances en matière de financement de la santé dans quinze pays répartis entre diverses régions et tiré des leçons qui pourraient être applicables au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique. Ce chapitre décrit le financement de la santé au Cameroun et identifie les opportunités qui pourraient permettre au gouvernement et aux autres parties prenantes de développer, renforcer et étendre leurs mécanismes de financement de la santé pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale.

Des spécialistes en financement de la santé du Health Finance and Governance Project (HFG) de l'USAID ont recueilli les informations présentées ci-dessous. Le Projet HFG a effectué une recherche documentaire et une collecte de données dans le pays même (entretiens avec des parties prenantes influentes, collecte de documents de politiques et de planification) pour illustrer les mécanismes de financement de la santé dans le secteur public et le secteur privé du pays, et il a identifié des opportunités pouvant permettre au gouvernement d'étendre la couverture de la population et des services ou la couverture financière pour les services de santé et de planification familiale.

Les documents contenant des déclarations politiques officielles du Cameroun qui sont disponibles actuellement ne mentionnent pas explicitement la CSU comme un objectif. Depuis 2015, le gouvernement et les bailleurs collaborent pour élaborer une stratégie officielle pour la CSU. Une équipe de bailleurs et de représentants du gouvernement s'efforce de simplifier et de fusionner divers mécanismes de protection financière existants pour que cette stratégie puisse être opérationnelle en 2016 (Nchewngang-Ngassa 2015). Des entretiens avec des informateurs clés suggèrent qu'un comité de pilotage dirigé par le Ministère de la Santé est en train de finaliser un plan d'action pour la CSU qui comprend l'élaboration d'une stratégie de financement de la santé, le développement d'un cadre institutionnel pour la CSU, la définition d'un forfait de prestations pour la CSU et la clarification du rôle de l'AMC. La principale stratégie du gouvernement pour atteindre la CSU est axée sur l'AMC, étant donné que ceci peut aider à fournir une protection contre les risques financiers aux groupes les plus importants de la population (secteur rural et secteur informel).

## 4.3 Le financement de la santé au Cameroun

Au Cameroun, les mécanismes de financement qui fournissent l'accès aux services de santé sont des services subventionnés par le gouvernement, le Régime d'Assistance Sociale, la sécurité sociale, l'AMC, l'assurance maladie privée et les paiements à la charge des ménages.

### 4.3.1 Le financement des services de santé par le gouvernement

Le Ministère de la Santé fournit des services de santé subventionnés par le biais d'un réseau de centres de santé et d'hôpitaux de district et nationaux. En mai 2016, le Cameroun a reçu 100 millions USD de la Banque mondiale et 27 millions USD de la Global Financing Facility (GFF) pour améliorer les services de santé de la reproduction et de santé des mères, des nouveau-nés et des adolescents (Banque mondiale 2016a). Les investissements de la GFF au Cameroun soutiennent les services de planification familiale qui font partie du Plan stratégique pour le Programme Multisectoriel National pour combattre la mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants au Cameroun (2014-2020).

De façon générale, les investissements de la GFF soutiendront les « interventions innovantes à impact élevé, comme (i) une émission d'obligations ayant un impact sur le développement pour attirer un financement privé afin de rendre plus de ressources immédiatement disponibles pour

permettre d'utiliser plus souvent la méthode *Kangaroo Mother Care* ; (ii) des transferts d'espèces pour aider les adolescentes ; (iii) un financement basé sur les résultats pour permettre aux filles de continuer leur éducation ; et (iv) des initiatives axées sur le renforcement des structures de santé communautaires » (GFF 2016). Le Cameroun a lancé des programmes pilotes de paiements aux prestataires basés sur des indicateurs de performance définis à l'avance concernant l'augmentation de l'accès aux services de santé maternelle et infantile, et l'amélioration de leur qualité. Cette initiative devrait être étendue progressivement à toutes les régions du pays d'ici 2021. La *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit* (GIZ) aide également à renforcer la fourniture de services de planification familiale dans les établissements publics (GIZ n.d.).

### 4.3.2 Le Régime d'Assistance Sociale pour les populations vulnérables

Le Régime d'Assistance Sociale fournit des subventions complètes pour les populations vulnérables (p. ex., les pauvres, les orphelins et les enfants vulnérables) recevant des soins dans les établissements de santé publics. Le régime est financé par le Ministère des Affaires sociales qui, depuis 2010, transfère des fonds vers les *collectivités territoriales décentralisées* pour payer les prestataires de services de santé pour le compte des indigents. Les services couverts comprennent les interventions chirurgicales, les prescriptions et les évacuations médicales.

### 4.3.3 La sécurité sociale (Caisse Nationale de Prévoyance Sociale)

La participation à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) est obligatoire pour les travailleurs du secteur formel, les fonctionnaires et les personnes à leur charge. Toutes les primes sont payées par les employeurs. La CNPS couvre les accidents du travail (soins curatifs, prothèses et soins orthopédiques, transports) ainsi qu'un forfait basique de services de santé maternelle (consultations anténatales, accouchements, consultations pour les nouveau-nés jusqu'à six mois). Les soins sont dispensés gratuitement dans les quatre établissements de la CNPS, mais les soins dispensés par d'autres établissements de santé sont également remboursés.

De nombreuses contributions des employeurs à la CNPS sont en retard. En 2016, des primes s'élevant à près de 100 millions USD dues à la CNPS n'avaient pas été payées (*Actu Cameroun* 2016). Entre octobre et décembre 2016, la CNPS a pris des mesures pour se faire payer par les administrations publiques et semi-publiques ainsi que par les entreprises privées.

### 4.3.4 L'assurance maladie communautaire

En 2010, il existait apparemment 158 mutuelles couvrant 251 062 bénéficiaires, représentant 1,3 % de la population (PROMUSCAM 2010). Une Stratégie pour la promotion et le développement des mutuelles de santé 2006-2015 a été élaborée afin d'établir un forfait de prestations pour la couverture universelle, un Centre National pour la Promotion des mutuelles de santé qui soutiendra un réseau de centres provinciaux, un comité de pilotage pour le plan stratégique incluant les ministères de la Santé publique, du Travail, des Finances et des Affaires sociales ainsi que d'autres partenaires, et un code de lois et un texte d'application réglementaire pour l'AMC.

En général, le gouvernement ne subventionne pas les primes pour l'AMC, bien que dans certaines communes (Kumbo et Bamenda) les autorités locales aient subventionné les primes pour les indigents. Les membres doivent payer un ticket modérateur au moment de la prestation des services à hauteur de 25 % au maximum du coût des services. Le solde est couvert par la mutuelle, avec des limites prédéfinies pour les consultations, les hospitalisations, les accouchements et les interventions chirurgicales.

La Cellule d'Appui aux Mutuelles de Santé (CAMS) a été établie par le Ministère de la Santé en 2001, et elle est chargée de définir la stratégie pour soutenir les mutuelles, tenir à jour un répertoire national des mutuelles et aider les mutuelles à négocier des contrats avec les établissements de santé. La Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun, qui soutient le développement des mutuelles, a été créée en 2006 pour fournir un support technique aux mutuelles

(p. ex., facilitation des échanges d'informations, formation) et pour faire la promotion des mutuelles dans tout le pays.

Les autres difficultés à surmonter pour augmenter la couverture de la population par les mutuelles incluent le manque de flexibilité des échéanciers pour les paiements, le manque de confiance envers les mutuelles et les institutions qui gèrent l'assurance maladie en général et les capacités insuffisantes du personnel qui administre les mutuelles. Il existe un besoin réel d'accroissement de la demande pour l'AMC, et la promotion de ses prestations est nécessaire. L'assurance est toujours considérée comme un produit pour les riches, et de nombreuses personnes ne comprennent pas le fonctionnement de l'assurance. Elles doutent de la valeur du paiement régulier de primes en prévision d'un problème médical hypothétique et elles préfèrent l'idée de payer a posteriori si un tel problème survient. Elles considèrent souvent leurs réseaux sociaux comme étant suffisants à cet égard et fournissant plus de sécurité que l'assurance.

Les mutuelles engagent des prestataires de soins de santé à la fois du secteur public et du secteur privé. Les partenaires au développement tels que la Banque mondiale, GIZ et la Banque africaine de Développement ont fourni de l'assistance aux mutuelles en finançant la formation initiale, des études de faisabilité, les coûts de fonctionnement, la supervision, et le suivi et l'évaluation. Les entretiens avec des informateurs clés ont révélé qu'une évaluation effectuée en 2011 par GIZ a constaté que les mutuelles de santé qu'elle soutenait n'étaient pas financièrement viables. Après la restructuration des mutuelles, les résultats ont été plus positifs, et des mutuelles ont été créées dans d'autres communes, telles que Boyo et Bamenda.

### 4.3.5 L'assurance maladie privée

Il y avait 190 408 détenteurs de polices d'assurance maladie en 2014, représentant moins de 1 % de la population (Ministère de la Santé publique 2016). La planification familiale est exclue du forfait de prestations. Seules les personnes les plus riches peuvent souscrire des polices d'assurance privée ; les primes annuelles moyennes coûtent 155 000 FCFA (265 USD) par adulte, par rapport à des primes annuelles moyennes pour les mutuelles de 15 000 FCFA (26 USD) pour une famille de quatre personnes. La plupart des polices d'assurance maladie privée sont souscrites par des entreprises privées pour le compte de leurs employés. En général, les membres doivent payer des tickets modérateurs au moment de la prestation des services à hauteur de 25 % du coût des soins au maximum.

En 2012, seize sociétés proposaient des produits d'assurance maladie. L'assurance maladie représentait 25 % du total des revenus du marché de l'assurance au Cameroun en 2012. Les compagnies privées d'assurance maladie sont supervisées par le Ministère des Finances et réglementées par la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurances.

### 4.3.6 Dépenses à la charge des ménages

Les ménages sont la principale source du financement de la santé, avec des dépenses directes représentant 52 % des dépenses de santé totales.

## 4.4 Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et l'accès universel à la planification familiale

Le gouvernement du Cameroun s'efforce d'augmenter le nombre des mutuelles pour fournir des services de santé aux ménages ruraux et aux travailleurs du secteur informel. Le Plan national de développement sanitaire 2011-2015 s'était fixé comme but d'accroître la couverture de la population par les mutuelles de 40 % d'ici 2015, en créant au moins une mutuelle par district. Les mutuelles sont considérées comme un mécanisme clé pour fournir une protection contre les risques financiers au secteur informel, qui représente plus de 80 % de la population active (et 40 % de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté ; Nkoa et Zogo, n.d.). Moins de 2 % seulement de la

population était couverte par un régime de protection contre les risques financiers en 2010 (PROMUSCAM 2010).

Le secteur de la santé au Cameroun bénéficie de l'existence de plusieurs partenariats public-privé entre le Ministère de la Santé publique et les entreprises dans des secteurs tels que les télécommunications, l'industrie minière et l'assurance. Pour augmenter le financement des soins de santé par le secteur privé, le Groupement des employeurs du Cameroun a signé un partenariat public-privé avec le Ministère de la Santé Publique pour établir un fonds d'achat de médicaments antirétroviraux. Ce fonds sera utilisé pour se procurer des produits auprès de fournisseurs agréés (Brunner et al. 2014).

Dans le domaine de la planification familiale, ProFam est un réseau de plus de 100 cliniques privées et confessionnelles qui utilise les franchises sociales pour fournir des services de planification familiale. Les cliniques sont admises dans PROFAM après un examen permettant de déterminer si elles fournissent des services de qualité, si elles emploient du personnel qualifié et si elles s'engagent à se soumettre à une supervision et à des contrôles réguliers. Le réseau PROFAM conduit des campagnes de mobilisation sociale périodiques ciblant certains segments de la population au moyen de techniques de marketing social. La Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), une affiliée de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), fournit également des services de planification familiale et de santé de la reproduction dans le cadre de son réseau de cliniques privées et conduit des campagnes de mobilisation sociale. L'IPPF fournit régulièrement à la CAMNAFAW des produits de planification familiale, et le Fonds des Nations Unies pour la Population a fourni des produits quand il y a eu des ruptures de stocks (Brunner et al. 2014).

Le Plan National d'Action pour la Planification Familiale 2015-2020 suggère un cadre de coopération avec le secteur privé pour que plus d'établissements privés puissent fournir des services de planification familiale. Le gouvernement souhaiterait créer 100 franchises sociales par an pendant la durée du plan. Les prix pour les contraceptifs ont été fixés par le gouvernement en août 2014 ; les patients paient généralement le prix de la consultation et achètent les produits à des prix subventionnés. Mais ces subventions ne sont pas appliquées dans tous les établissements, ce qui crée une barrière financière pour les adolescents. On ne sait pas encore si et comment les services de planification familiale seront incorporés au forfait de prestations pour les mutuelles à l'avenir. En 2021, le gouvernement devrait pouvoir répondre à 50 % des besoins totaux de planification familiale (Banque mondiale 2016b).

## 4.5 Opportunités en matière de financement de la santé

Les primes pour l'AMC sont toujours hors de prix pour les personnes très pauvres. Pour que la couverture de la population par les mutuelles augmente, beaucoup de gens auront besoin de subventions partielles, ou mêmes totales dans certains cas. La stratégie de financement de la santé qui doit être élaborée devra relever ce défi. Coalition 15%, une organisation de la société civile, demande d'affecter une taxe de 0,3 % sur tous les revenus de l'État pour financer la couverture sanitaire universelle. L'intégration des mécanismes existants dans un groupe de risques unique pourrait aider ces régimes à être financièrement viables à long terme en réaffectant des ressources des segments de la population qui utilisent moins de services de santé à ceux qui en ont plus besoin.

En prévision de l'augmentation du nombre des mutuelles de santé, il est important d'expliquer clairement certains aspects opérationnels. Il faut notamment comprendre les modèles d'utilisation et les coûts des services de santé pour pouvoir calculer des tarifs qui soient financièrement viables, recouvrer périodiquement des primes auprès de personnes telles que des travailleurs agricoles qui n'ont pas de salaire régulier (p. ex., par le biais de comptes d'épargne santé), utiliser des cartes d'identification biométrique pour éviter les fraudes et accorder aux établissements de santé le pouvoir de conclure des contrats avec des mutuelles (Ministère de la Santé publique 2016). Le renforcement d'organisations d'encadrement comme la CAMS et la Plateforme des Promoteurs des

Mutuelles de Santé au Cameroun pour fournir une assistance technique – et financière – serait également utile.

## 4.6 Sources

Actu Cameroun. 2016. *Cameroun : La CNPS engage un recouvrement forcé des cotisations sociales*. Accédé en octobre 2016 à <http://actu cameroun.com/2016/10/20/cameroun-la-cnps-engage-un-recouvrement-force-des-cotisations-sociales/>.

Brunner, Bettina, Andrew Carmona, Alphonse Kouakou, Ibrahima Dolo, Chloé Revuz, Thierry Uwamahoro, Leslie Miles et Sessi Kotchofa. 2014, Avril. *The Private Health Sector in West Africa: A Six-Country Macro-Level Assessment*. Rapport préparé par Abt Associates. Washington, DC : United States Agency for International Development, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS). <https://www.usaid.gov/documents/1860/private-health-sector-west-africa-six-country-macro-level-assessment>

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). n.d. *Health Programme: Fight against Maternal Mortality*. Accédé en août 2016 à <https://www.giz.de/en/worldwide/19663.html>.

Global Financing Facility (GFF). 2016. *Cameroun* [site Web]. Accédé en octobre 2016 à <http://globalfinancingfacility.org/Cameroun>.

Ministère de la Santé publique, Cameroun. 2006. *Plan Stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de santé, 2005-15*. Yaoundé, Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Cameroun. 2016. *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020 Version du 23/06/2016 : Page 33, Mécanismes de mise en commun des ressources et de partage du risque maladie*. Yaoundé, Cameroun.

Nchewngang-Ngassa, Brenda Y. 2015, 7 septembre. Cameroun : Couverture sanitaire universelle. Partners Discuss National Plan. *Cameroon Tribune*. Accédé en août 2016 à <http://allafrica.com/stories/201509071315.html>.

Nkoa, François Colin et Pierre Ongolo Zogo. n.d. *Promotion des mutuelles de santé à base communautaire et couverture du risque maladie dans le secteur informel au Cameroun: Enjeux et défis*. Disponible à : [http://www.erudite.univ-paris-est.fr/evenements/colloques-et-conferences/atm-2013-communications-full-papers/?elD=dam\\_frontend\\_push&docID=25268](http://www.erudite.univ-paris-est.fr/evenements/colloques-et-conferences/atm-2013-communications-full-papers/?elD=dam_frontend_push&docID=25268)

Plateforme des Promoteurs des Mutuelles de Santé au Cameroun (PROMUSCAM). 2010. *Plaidoyer pour la mise en place urgente d'une assurance maladie pour tous au Cameroun*. Yaoundé, Cameroun.

Banque mondiale. 2016a. *Cameroon : US\$127 Million to Address Urgent Health Needs of Women and Children in Underserved Northern Regions* [communiqué de presse]. Accédé en octobre 2016 à <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2016/05/03/Cameroon-us127-million-to-address-urgent-health-needs-of-women-and-children-in-underserved-northern-regions>.

Banque mondiale. 2016b. *Project Appraisal Document for a Health System Performance Reinforcement Project*. Washington, DC : Auteur.