RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace-Work-Fatherland

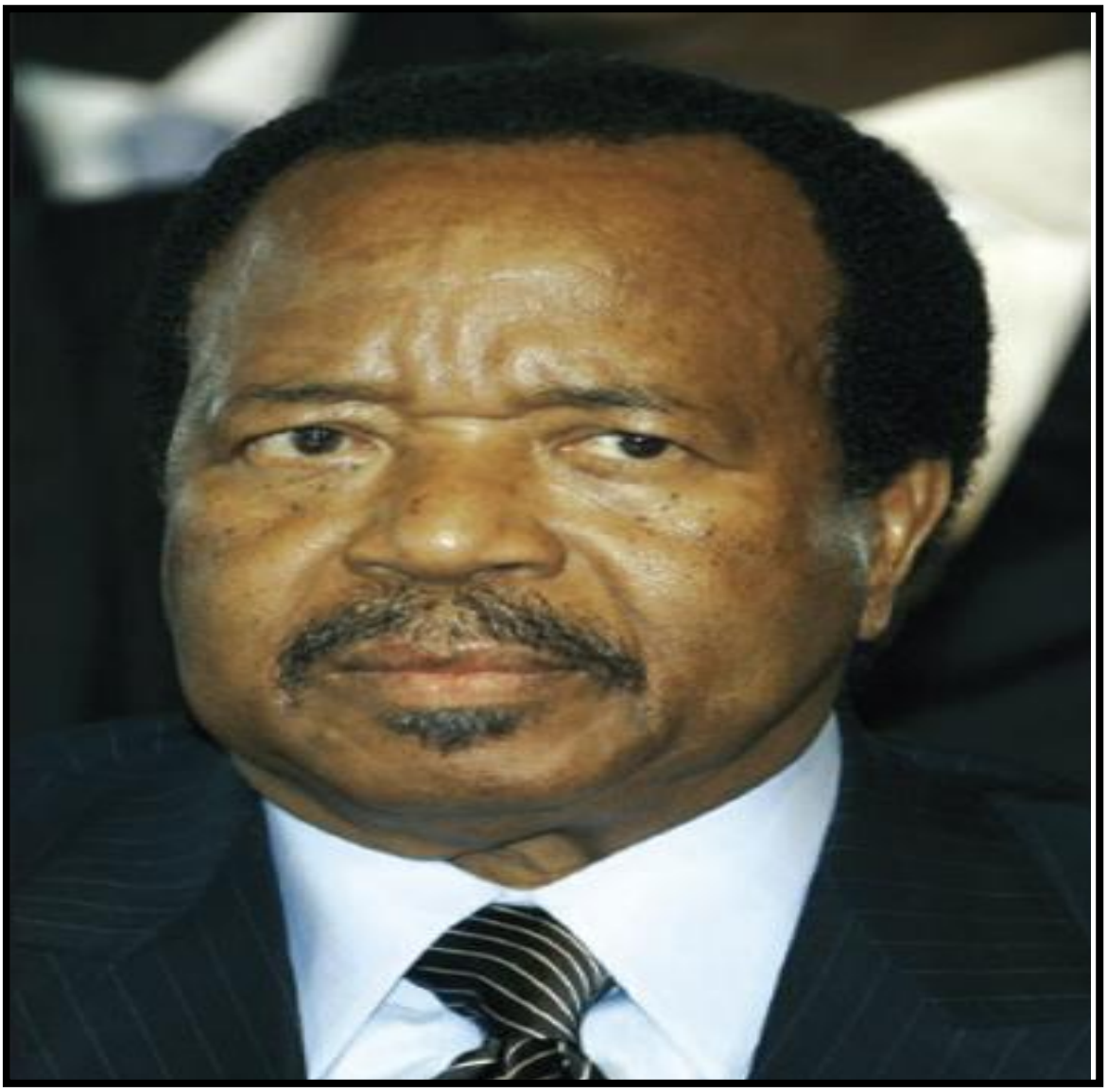
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

MINSANTE

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

ANNEE 2011

Mars 2014



Son Excellence M. Paul BIYA
Président de la République du Cameroun

"Nous allons nous efforcer de donner à notre système de santé la capacité de répondre aux besoins réels de la population, en donnant aux formations hospitalières et aux centres de santé les moyens nécessaires en personnel, en matériels et en médicaments …

A terme, nous devrions aboutir à un dispositif d'assistance médicale qui ne laisserait aucun Camerounais sans soins, quels que soient ses moyens"

Son Excellence Philémon YANG
Premier Ministre
Chef du Gouvernement

PREFACE

Le Cameroun s'est doté en 2009, d'un Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) dans lequel le Gouvernement place la santé au cœur de la politique de développement. Il y affirme fermement sa volonté d'assurer aux populations une bonne répartition des fruits de la croissance à travers une stratégie nationale de développement axée sur la création des richesses et des emplois. Le secteur santé dont l'un des défis majeurs est celui d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale, doit apporter sa contribution au développement humain en œuvrant à l'amélioration de l'état de santé des populations par la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé (2001-2015). Ce défi ne pourrait être relevé sans la mise en place d'un système de santé performant répondant aux besoins sans cesse croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé à travers l'amélioration de l'offre et le financement approprié de la demande de santé.

Compte tenu de ce qui précède, le Ministère de la Santé Publique a décidé d'élaborer les premiers Comptes Nationaux de la Santé, se donnant ainsi les moyens pour une meilleure maîtrise du système de santé et le contrôle de performances. Il disposera d'une manière régulière de bases factuelles lui permettant de prendre des décisions efficaces et efficientes en matière de politiques nationales de santé.

En effet, les Comptes Nationaux de la Santé constituent un instrument pertinent d'aide à la prise de décision et contribuent de manière considérable à l'amélioration de la gestion et des performances du système de santé. Ils donnent d'une part, une vue d'ensemble des flux financiers et des ressources mises à la disposition du secteur santé ainsi que leur traçabilité pour une période donnée et d'autre part, permettent de déceler les déséquilibres aussi bien de l'offre que de la demande des services et soins de santé.

Ce premier exercice, qui se veut désormais périodique, a permis de cerner les mouvements des ressources affectées au secteur et l'utilisation qui en est faite. Par ailleurs, il se révèle être un outil important de compilation d'informations nécessaires au suivi des politiques et stratégies sanitaires formulées dans la Stratégie Sectorielle de la Santé.

Ces Comptes Nationaux de la Santé de 2011, donnent pour la première fois un « état des lieux » de l'emploi des ressources injectées dans le système de santé et constituent un référentiel pour le suivi régulier des dépenses en santé dans l'optique d'une meilleure prise de décisions.

Sans prétendre résumer ici la riche substance de ce document de référence, il me semble pertinent d'en relever au moins trois résultats pertinents :

- La part importante des ménages dans le financement de la santé, (52,2%) couplée à la faible part des mécanismes de tiers payant (1,2%) traduisant ainsi la nécessité de la mise en place urgente de la couverture santé universelle ;
- La faible part accordée aux soins préventifs (2,9%), malgré les efforts du Gouvernement et de ses Partenaires ;
- La part considérable (43,2%) allouée aux biens médicaux (vaccins, ARV, produits pharmaceutiques, etc.)

Le présent rapport est le résultat d'un travail participatif des différents acteurs du système de santé. A cet effet, je voudrais féliciter et remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement des activités de production des Comptes Nationaux de la Santé. Il s'agit principalement des Prestataires de soins, des Pharmacies, des Laboratoires d'analyses médicales et de diagnostic, des ONGs, des Entreprises, des Corporations et Ordres Professionnels. Ils ont contribué au succès de cet exercice en rendant disponibles et accessibles les informations en rapport avec leurs activités

Je saisis l'occasion de la publication du présent rapport pour exprimer au nom du Gouvernement camerounais, ma profonde gratitude aux Partenaires Techniques et Financiers, notamment l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA qui n'ont ménagé aucun effort pour accompagner le Ministère de la Santé Publique dans le processus d'élaboration des premiers Comptes Nationaux de la Santé du Cameroun.

Mes remerciements vont également à l'endroit des départements ministériels ayant pris part au processus d'élaboration des CNS ainsi qu'à l'Institut National de la Statistique pour son appui technique.

Enfin, j'adresse mes félicitations aux membres de la Cellule Opérationnelle des Comptes Nationaux de la Santé, aux enquêteurs et agents de saisie qui ont travaillé avec dévouement et compétence pour la production des premiers Comptes Nationaux de la Santé du Cameroun.

Le Ministre de la Santé Publique

ANDRE MAMA FOUDA

SOMMAIRE

PREFACE 4

SOMMAIRE 6

SIGLES ET ABREVIATIONS 8

LISTE DES TABLEAUX 11

LISTE DES GRAPHIQUES 13

COMITE DE REDACTION 14

RESUME ANALYTIQUE 15

QUELQUES INDICATEURS DES CNS 19

INTRODUCTION GENERALE 20

GENERALITES 22

A. PRESENTATION GENERALE DU CAMEROUN 22

B. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTÉ : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ 25

C. QUELQUES INDICATEURS DE SANTE 26

CHAPITRE I : DEFINITION DES CONCEPTS CLES DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ 27

I.1 DEFINITION DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 27

I.2 DIMENSIONS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 27

I.3 LES PRINCIPAUX AGREGATS DES DEPENSES DE SANTÉ 37

I.4 SCHEMA DU FINANCEMENT DE LA SANTE 38

CHAPITRE II. METHODOLOGIE 40

II.1 LES ACTIVITES PRELIMINAIRES 40

II.2 LES SOURCES DE DONNEES 40

II.3 ECHANTILLONNAGE 41

II.4 SENSIBILISATION DES ACTEURS SUR LES CNS 41

II.5 RECRUTEMENT ET FORMATION DES AGENTS ENQUETEURS ET DES SUPERVISEURS 42

II.6 COLLECTE DES DONNEES 42

II.7 TRAITEMENT DES DONNEES. 43

II.8 ANALYSE ET UTILISATION DES DONNEES DANS L'OUTIL NHAPT. 43

II.9 DIFFICULTES DE L'ETUDE 44

II.10 LIMITES DE L'ETUDE 44

CHAPITRE III : RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE 46
III.1 STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU CAMEROUN 46
III.2 ANALYSE CROISEE DU FINANCEMENT GLOBAL DE LA SANTE 53
III.3 ANALYSE SECTORIELLE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU CAMEROUN 67
CHAPITRE IV : RESULTATS DES SOUS COMPTES DE SANTÉ 70
IV.1 RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODUCTION 70
IV.2 RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE L'ENFANT 76
IV.3 RESULTATS DU SOUS COMPTE PALUDISME EN 2011 84
IV.4 RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE 87
IV.5 RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH/SIDA 92
CONCLUSION 97
RECOMMANDATIONS 98
BIBLIOGRAPHIE 99
ANNEXES 100
LISTE DES PERSONNELS AYANT PRIS PART A L'ELABORATION DES CNS 2011 100

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACT	:	Artemisinin based Combined Therapy
AME	:	Allaitement Maternel Exclusif
CAPR	:	Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux
CARMMA	:	Campagne d'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique
CDT	:	Centres de Diagnostic et de Traitement de la Tuberculose
CEMAC	:	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CES	:	Comptes d'Epargne Santé
CIS	:	Cellule des Informations Sanitaires
CMA	:	Centre Médical d'Arrondissement
CNPS	:	Caisse Nationale de la Prévoyance Sociale
CNS	:	Comptes Nationaux de la Santé
CPN	:	Consultation Prénatale
CSI	:	Centre de Santé Intégré
CTD	:	Collectivité Territoriale Décentralisée
DCS	:	Dépenses Courantes de Santé
DGSN	:	Délégation Générale à la Sûreté Nationale
DRFP	:	Direction des Ressources Financières et du Patrimoine
DRH	:	Direction des Ressources Humaines
DRSP	:	Délégation Régionale de la Santé Publique
DSCE	:	Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi
DSCN	:	Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale
DTS	:	Dépenses Totale de Santé
ECAM III	:	3ème Enquête Camerounaise auprès des Ménages
EDS-MICS	:	Enquête Démographique de Santé- Multiples Indicators Clusters Survey
FCFA	:	Franc de la Coopération Financière en Afrique
FOSA	:	Formation Sanitaire
FP	:	Factors of Provision
FRPS	:	Fonds Régionaux de Promotion de la Santé

FS	:	Revenues of Health Financing Schemes
HC	:	Health Care Functions
HD	:	Hôpital de District
HF	:	Financing Schemes
HK	:	Capital Formation
HPV	:	Human Papilloma Virus
HR	:	Hôpital Régional
ICHA	:	International Classification for Health Accounts
IEC	:	Information, Education, Communication
INS	:	Institut National de la Statistique
ISBLSM	:	Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages
IST	:	Infections Sexuellement Transmissibles
MILDA	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MINDEF	:	Ministère de la Défense
MINEDUB	:	Ministère de l'Education de Base
MINEPAT	:	Ministère de l'Economie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire
MINESEC	:	Ministère des Enseignements Secondaires
MINESUP	:	Ministère de l'Enseignement Supérieur
MINFI	:	Ministère des Finances
MINJUSTICE	:	Ministère de la Justice
MINPROFF	:	Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille
NASA	:	National AIDS Spending Assessment
MINSANTE	:	Ministère de la Santé Publique
n.c.a.	:	Non Classifiés Ailleurs
NHAPT	:	National Health Accounts Production Tools
OEV	:	Orphelins Enfants Vulnérables
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
PEPFAR	:	President's Emergency Plan for AIDS Relief

PMRMMNIJ	:	Programme Multisectoriel de Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile
PNLP	:	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT	:	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNS	:	Plan National Stratégique
PPTE	:	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	:	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	:	Personnes Vivant avec le VIH
RGPH	:	Recensement Général des Populations et de l'Habitat
SASNIM	:	Semaines d'Actions de Santé et de Nutrition Infantiles et Maternelles
SCS	:	Système des Comptes de Santé
SHA	:	System of Health Accounts
SIDA	:	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SSS	:	Stratégie Sectorielle de Santé
SYNAME	:	Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
TDR	:	Test de Diagnostic Rapide
TPM+	:	Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques indicateurs des CNS 19
Tableau 2 : Projections en 2015 des principaux indicateurs de santé au Cameroun 26
Tableau II. 1 : Taux de couverture de la collecte des données des CNS 2011 42
Tableau III. 1: Répartition des dépenses en santé par source de financement. 46
Tableau III. 2 : Répartition des dépenses de santé par recette des régimes de financement 48
Tableau III. 3 : Répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement 48
Tableau III. 4 : Répartition des dépenses courantes de santé par différents niveau de fonction de soins de santé 50
Tableau III. 5: Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires 51
Tableau III. 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par facteurs de prestation 52
Tableau III. 7 : Répartition des dépenses de capital 53
Tableau III. 8 : Dépenses courantes de santé par recettes de régime de financement et Régime de financement 54
Tableau III. 9 : Dépenses courantes de santé par Recette des régimes de Financement et par Prestataires 56
Tableau III. 10 : Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Fonction soins de santé 58
Tableau III. 11 : Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Facteurs de prestation 60
Tableau III. 12 : Dépenses courantes de santé par Fonction de soins de santé et Prestataires de soins de santé 62
Tableau III. 13 : Dépenses courantes de santé par Régime de financement et Prestataires de soins de santé 64
Tableau III. 14 : Dépenses courantes de santé par Prestataire et Régimes de financement 66
Tableau III. 15 : Répartition des dépenses courantes de santé de l'Etat par fonction de santé en 2011. 68
Tableau III. 16 : Répartition des dépenses en santé des ménages par fonction de santé. 69
Tableau III. 17 : Répartition des dépenses en santé des ménages par Prestataire de santé. 69

Tableau IV. 1 : Répartition des dépenses des prestations de soins pour la santé de reproduction et par domaines 74
Tableau IV. 2 : Répartition des dépenses de santé de reproduction selon les facteurs de prestation de soins 76

Tableau IV. 3 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par recettes des régimes de financement 79
Tableau IV. 4 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par régimes de financement 79
Tableau IV. 5 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par fonctions de soins de santé 80
Tableau IV. 6 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par types de prestataires de soins 81
Tableau IV. 7 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par facteurs de prestation de soins de santé 82
Tableau IV. 8 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par types de maladies 83
Tableau IV. 9 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par prestataires de soins 91
Tableau IV. 10 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA par prestataires de soins 95

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique III. 1 : Répartition des dépenses de santé par nature 46
Graphique III. 2 : Répartition du financement de la santé par type de source 47
Graphique III. 3 : Répartition des dépenses de santé par fonction de soins de santé 49
Graphique III. 4 : Evolution de la part du budget du MINSANTE dans le budget général de l'Etat. 67
Graphique IV. 1 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par domaine 71
Graphique IV. 2 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par recettes de régimes de financement 72
Graphique IV. 3 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par régimes de financement 72
Graphique IV. 4 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par régimes de financement 75
Graphique IV. 5 : Répartition des dépenses liées à la santé de l'enfant par recettes des régimes de financement 78
Graphique IV. 6 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par régimes de financement 80
Graphique IV. 7 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par fonctions de soins de santé 80
Graphique IV. 8 : Répartition de la dépense courante en santé liée au paludisme par Recettes des régimes de financement 85
Graphique IV. 9 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par régimes de financement 85
Graphique IV. 10 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par fonction de soins de santé 86
Graphique IV. 11 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par prestataire 87
Graphique IV. 12 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par recette de régimes de financement 88
Graphique IV. 13 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par régimes de financement 89
Graphique IV. 14 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par fonctions de soins de santé 90
Graphique IV. 15 : Répartition des dépenses courantes de santé VIH/SIDA au Cameroun par source de financement 94
Graphique IV. 16 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA par régimes de financement 94
Graphique IV. 17 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA au Cameroun par fonctions de santé 95

COMITE DE REDACTION

Supervision Générale :	**Monsieur André MAMA FOUDA** Ministre de la Santé Publique **Monsieur Alim HAYATOU** Secrétaire d'Etat à la Santé Publique **Pr. KOULLA SHIRO SINATA** Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique
Coordination Générale:	**Monsieur KAMENI LELE Benjamin** Chef de la Cellule des Informations Sanitaires **Monsieur OLINGA ONDOA Jean Paul** Chef de la Division des Etudes et Projets **Dr NISSACK Françoise** NPO/ OMS
Coordonnateur Technique :	**Monsieur TALLA FONGANG Cyrille** Cadre à la Cellule des Informations Sanitaires & Point Focal des CNS
Membres :	**Monsieur MPACTSE NGADE Jean** Cadre à la Cellule des Informations Sanitaires **Monsieur FONKOUA Eric Jackson** Chargé d'Etudes Assistant à la Division de la Coopération **Monsieur OMOGA Omer** Cadre à la Cellule de suivi du MINSANTE **Monsieur MPAH Julien** Chargé d'Etudes Assistant à la Division des Affaires Juridiques et du Contentieux **Monsieur NKABKOB Thiomi** Chargé d'Etudes Assistant à la DGB/MINFI **Monsieur NDJONDO SANDJO Nino** Chargé d'Etudes Assistant à la DADM/MINEPAT **Monsieur GUETSOP Paul Molière** Chargé d'Etudes Assistant à l'Institut National de la Statistique **Monsieur ESSOBE John** Cadre au CEPCA **Monsieur ANGUISSA ABESSOLO Jean Pierre** M&E ICAP **Monsieur MOUSSIMA Jeannot** Personne ressource
Traduction :	**Madame NGUEJIO Aurélie Nicole** Chef de la Cellule de Traduction **Madame MABOMA Odette** Cadre à la Cellule de Traduction du MINSANTE
Appui technique :	**Monsieur Laurent MUSANGO** Conseiller régional/AFRO/OMS **Madame Nathalie Van de Maele** OMS/Geneve **Monsieur GNACADJA Erick** Consultant

RESUME ANALYTIQUE

Les Comptes Nationaux de la Santé constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils décrivent les flux de fonds à travers le système de santé et fournissent des indicateurs fiables sur le financement du système de santé.

Le Cameroun a effectué le premier exercice d'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé et 2011 a été retenue comme année de référence. Outre les comptes globaux, les sous comptes suivants ont été élaborés : santé de la reproduction, santé de l'enfant, paludisme, VIH/SIDA et Tuberculose. Le processus d'élaboration de ces comptes s'est appuyé sur la méthodologie définie par le Système des Comptes de la Santé 2011.

Une collecte des données a été organisée auprès des principaux acteurs du financement de la santé que sont : les Prestataires de soins, les Administrations Publiques, les Collectivités Territoriales Décentralisées, les Pharmacies, les Partenaires Techniques et Financiers, les Assurances, les ONGs, les Entreprises, les Laboratoires d'Analyses médicales et de diagnostics… L'analyse des données a été faite à l'aide de l'outil NHAPT (National Health Account Production Tool) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé.

Comptes globaux

En 2011, les dépenses totales de santé sont évaluées à 503,98 milliards de FCFA réparties comme suit : 470,51 milliards de FCFA représentant les dépenses courantes en santé et 33,47 milliards de FCFA les dépenses pour la formation brute du capital (dépenses d'investissement). Ces investissements effectués dans le domaine de la santé ont porté essentiellement sur les infrastructures (44,3%) et l'achat de machines et équipements (51,3%).

Le financement de ces dépenses de santé a été essentiellement assuré par les fonds privés (52,71%), les fonds publics (32,92%), et les fonds du reste du monde (14,37%). Les ménages constituent la principale source de financement des dépenses en santé au Cameroun (52,2%).

S'agissant des mécanismes de financement (régime de financement), 51,4% des dépenses en santé ont été effectuées par les paiements directs des ménages. Les administrations publiques et les partenaires ont effectué respectivement 33,1% et 12,2% des dépenses courantes de santé. Le reste des financements, soit 3,3 %, a été effectué par les régimes des ONGs, des entreprises et de l'assurance maladie volontaire. La part des mécanismes de tiers payant est très faible (1,2% des dépenses de santé).

Globalement, les biens médicaux, la gouvernance et l'administration du système de santé, les soins curatifs constituent des fonctions de soins de santé les plus importantes avec respectivement 43,28%, 33,01% et 15,01% des dépenses courantes en santé. Les dépenses totales en produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables s'élèvent à 187,91 milliards de FCFA soit 40% des dépenses courantes en santé. Les soins préventifs représentent 2,90% des dépenses courantes en santé. La part des dépenses relatives aux soins de réadaptation est très faible (0,02%).

S'agissant des prestataires de soins ayant offert des services et soins de santé en contrepartie de ces financements, les résultats révèlent que 34,66% des dépenses de santé ont été effectuées auprès des prestataires de services administratifs et de financement du système de santé ; 34,84% auprès des détaillants et autres prestataires de biens médicaux ; 11,61% auprès des hôpitaux et 7,31% auprès des prestataires de soins de santé ambulatoires. Les prestataires de services auxiliaires et les prestataires de soins préventifs quant à eux reçoivent respectivement 3,75% et 3,93% des dépenses courantes de santé. Par ailleurs, 22,6% de ces dépenses ont été effectuées auprès des pharmacies et 34% auprès des agences étatiques de l'administration de la santé.

Les facteurs de production les plus utilisés sont les équipements et services (64,93%) et la rémunération du personnel (28 %). Par contre, la rémunération des professionnels particuliers de santé (consultants) est marginale (1,17%).

Sous compte santé de la reproduction

En 2011, la dépense courante de santé liée à la Santé de la reproduction est estimée à 28,4 milliards de FCFA soit environ 6,04% de la Dépense Courante de Santé. Les affections maternelles, les affections périnatales, le planning familial (à l'exception de l'achat des contraceptifs) absorbent respectivement 59%, 21% et 20% des dépenses en santé de la reproduction.

La structure de ces dépenses montre que 47,7% des fonds ont été affectés à l'acquisition des biens médicaux, 20,14% aux soins curatifs et 12,6% à la gouvernance, l'administration du système de santé et des financements. La plus petite part soit 5,1% revient aux soins préventifs.

Sous compte santé de l'enfant

En 2011, les dépenses courantes de santé pour les enfants de moins de cinq ans sont estimées à 114,3 milliards de FCFA soit 24,3% des dépenses courantes de santé. Cela représente une dépense moyenne d'environ 34 000 FCFA par enfant de moins de cinq ans. Ces dépenses de santé de l'enfant sont principalement financées par les fonds privés et publics respectivement à hauteur de 44,5% et 29,5%.

S'agissant des régimes de financement de la santé de l'enfant, 44,5% des dépenses liées à la santé de l'enfant sont effectuées à travers les paiements directs des ménages ; 29,6% à travers l'Administration publique et tout autre régime contributif obligatoire ; 22,8% venant des régimes de financement du reste du monde.

La répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant indique 42,2% pour les biens médicaux; 35,3% pour la gouvernance, administration du système de santé et des financements et 13% pour les soins curatifs en milieu hospitalier.

Sous compte paludisme

En 2011, la dépense pour le paludisme est estimée à 134,4 milliards de FCFA soit 28,6% de la dépense courante de Santé.

28,8% des dépenses liées au paludisme sont financées par les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, 19,8% par les transferts directs étrangers et la plus grande part soit 48,2% par les autres revenus nationaux (ménages, entreprises, ONGs nationales,…).

Les principaux régimes de financement des dépenses de paludisme sont les paiements directs des ménages (48,1%), le régime de l'administration publique (29,6%) et le régime de financement du reste du monde (20,9%). Les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé liés au paludisme restent marginaux (1,4%).

La majeure partie des dépenses a été orientée vers les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables (51,3%) ; la gouvernance, l'administration du système de santé et des financements (29,6%) ; les soins curatifs (13,3%). La part des dépenses orientée vers les soins préventifs est très faible (1,4%).

Sous compte tuberculose

Les dépenses liées à la tuberculose sont évaluées à près de 3 milliards de FCFA soit 0,6 % des dépenses courantes de santé ; 41% de ces dépenses ont été financées par les ménages, 27% par les revenus nationaux de l'administration publique, 17% par les transferts directs étrangers et 15% par les prépaiements volontaires venant des individus/ménages et des employeurs.

L'analyse des dépenses courantes de santé liées à la lutte contre la tuberculose par fonctions de soins montre que les activités liées à la gouvernance et administration du système de santé occupent une part importante (41%). Les soins curatifs (essentiellement ambulatoires) et les biens

médicaux (Produits pharmaceutiques et Appareils thérapeutiques) représentent respectivement 23% et 29%. Les services auxiliaires et les soins préventifs liés à la tuberculose représentent respectivement 5% et 1% des dépenses courantes liées à la tuberculose.

Sous compte VIH/SIDA

Environ 3,64 % des dépenses courantes de santé ont été exécutées en direction du VIH/SIDA, soit un montant total de près de 17,14 milliards de FCFA. D'après les résultats, ces dépenses de VIH/SIDA ont été financées principalement par L'Etat à hauteur de 50,75 %, les autres revenus nationaux (ménages, ONGs, entreprises, etc.) à hauteur de 29,14 % et les fonds extérieurs à hauteur de 16,91 %.

Au regard des différentes fonctions de santé, on constate que les dépenses de gouvernance et administration du système de santé et des financements sont les plus importantes (39,15 %) suivies des dépenses en biens médicaux (30,19%) et soins curatifs (18,39%). Les dépenses courantes pour les soins préventifs représentent 6,39 % des dépenses de santé engagées pour le compte du VIH/Sida au Cameroun.

QUELQUES INDICATEURS DES CNS

Tableau 1 : Quelques indicateurs des CNS

	Indicateur	Valeur en FCFA	%	Valeur en $US
GENERAL	PIB courant 2011	12 545 700 000 000		26 587 056 285
	Population en 2011	19 910 659		42 195
	Dépenses courantes de santé	470 511 940 205		997 121 962
	Dépenses courantes de santé per Capita	23 631		50
	Dépenses d'Investissement	33472826697		70 936 543
	Dépenses Totales de Santé	503 984 766 902		1 068 058 505
	Dépenses Totales de Santé en % PIB		4%	
SOURCES DE FINANCEMENT	Gouvernement	154 893 846 738	32,9%	328 255 339
	Ménages	245 532 963 388	52,2%	520 340 270
	Fonds des employeurs	2 346 347 720	0,5%	4 972 445
	ONG nationales	113 700 958	0,0%	240 958
	Fonds des bailleurs	67 608 026 866	14,4%	143 276 807
	Autres revenus nationaux	17 054 536	0,0%	36 142
	TOTAL	**470 511 940 205**	**100,0%**	**997 121 962**
REGIMES DE FINANCEMENT	Régimes des Administrations Publiques	155 708 713 408	33,1%	329 982 227
	Régimes d'assurance maladie volontaire	5 661 267 890	1,2%	11 997 516
	Régime de financement des ONG	8 473 633 264	1,8%	17 957 559
	Régime de financement des Entreprises	1 362 854 942	0,3%	2 888 200
	Paiement direct des ménages	242 040 344 807	51,4%	512 938 616
	Régime de financement du Reste du Monde	57 265 125 894	12,2%	121 357 844
	TOTAL	**470 511 940 205**	**100%**	997 121 962
PRESTATAIRES DE SOINS	Hôpitaux	54 631 591 781	11,6%	115 776 786
	Prestataires de soins de santé ambulatoire	34 383 181 343	7,3%	72 865 792
	Prestataires de services auxiliaires	17 657 084 159	3,8%	37 419 383
	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	164 056 972 426	34,9%	347 674 089
	Prestataires de soins préventifs	18 469 012 372	3,9%	39 140 044
	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	163 090 304 621	34,7%	345 625 500
	Reste de l'économie	5 070 000	0,0%	10 744
	Reste du monde	2 966 999 929	0,6%	6 287 749
	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	15 251 723 574	3,2%	32 321 876
	TOTAL	**470 511 940 205**	**100%**	**997 121 962**
FONCTIONS	Soins curatifs	70 608 838 643	15%	149 636 210
	Soins de réadaptation	107 439 159	0%	227 688
	Services auxiliaires (non-spécifiés par fonction)	18 511 656 582	4%	39 230 416
	Biens médicaux	203 625 290 148	43%	431 528 366
	Soins préventifs	13 635 707 965	3%	28 897 171
	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	155 307 238 965	33%	329 131 411
	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	8 715 768 743	2%	18 470 699
	TOTAL	**470 511 940 205**	**100%**	**997 121 962**

INTRODUCTION GENERALE

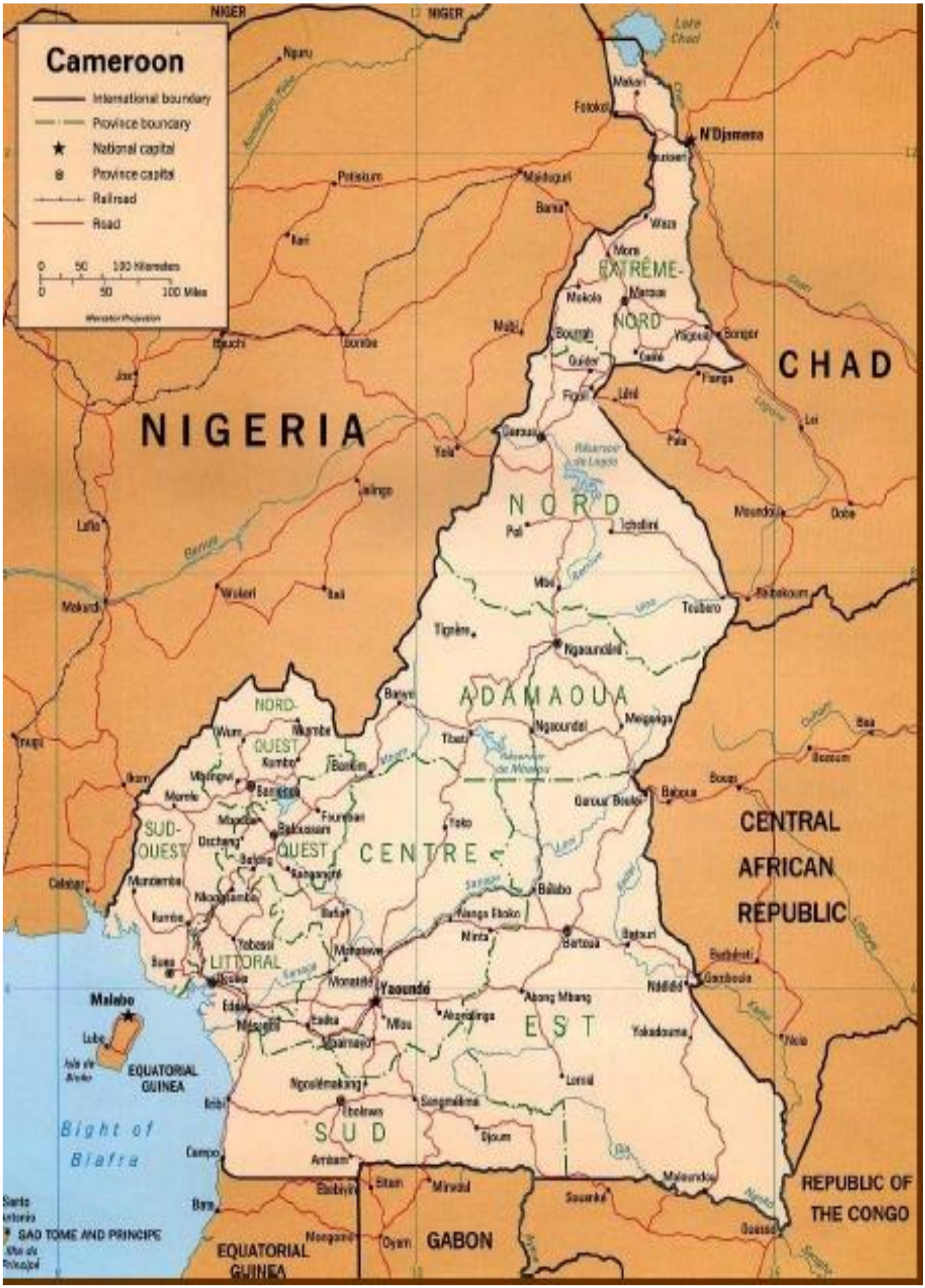
Le Gouvernement du Cameroun a adopté en 2009 une vision de développement à l'horizon 2035 dont la déclinaison décennale est le Document de Stratégie pour la Croissance et L'Emploi (DSCE) 2010-2020. L'objectif global du DSCE est d'assurer une croissance économique forte et durable afin de faire du Cameroun, un pays émergent, démocratique et uni dans sa diversité à l'horizon 2035. Cette Vision ne pouvant se réaliser sans la contribution du secteur santé, il est attendu de lui l'amélioration de l'état de santé des populations en tant que objectif de développement social. La Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) 2001-2015 adoptée par le Gouvernement est en parfaite cohérence avec la stratégie nationale de développement et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette stratégie vise essentiellement à garantir, de manière pérenne, l'accès universel aux services et soins de santé de qualité à travers l'amélioration de l'offre et le financement de la demande. Afin de capter les flux financiers du secteur santé, elle prescrit l'accélération de l'élaboration des Comptes Nationaux de la Santé1. C'est dans cette optique que le Gouvernement camerounais, à travers le Ministère de la Santé Publique, s'est lancé avec l'appui technique et financier de ses partenaires au développement dans l'élaboration de ses premiers Comptes Nationaux de la Santé.

Les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) sont une description systématique des flux financiers liés à la consommation de biens et services de santé. Ils visent principalement à décrire le système de santé du point de vue des dépenses. Cela est indispensable pour le suivi des tendances en matière de dépenses de santé et les facteurs qui les sous-tendent. Les CNS apparaissent ainsi comme un outil efficace et efficient d'aide à la prise de décisions pour un meilleur suivi des interventions du secteur en vue d'une allocation rationnelle des ressources affectées à la santé et d'une optimisation de leur utilisation.

Le Cameroun en collaboration avec ses Partenaires Techniques et Financiers s'est engagé à produire ses tout premiers Comptes Nationaux de la Santé et précisément ceux de l'année 2011. Le présent rapport restitue les résultats obtenus au terme de cet exercice fastidieux mais intéressant. Il s'articule autour de quatre chapitres précédés d'une introduction et des généralités sur le Cameroun. Il s'achève par une conclusion et des recommandations pour des exercices futurs dans un esprit d'institutionnalisation des CNS.

Les deux premiers chapitres permettent au lecteur une appropriation respectivement des concepts des CNS et de la méthodologie d'élaboration des CNS. Les chapitres troisième et quatrième présentent respectivement les résultats des comptes généraux et des sous comptes de santé élaborés (Santé de la Reproduction, Santé de l'enfant, Paludisme, VIH/SIDA et Tuberculose).

[1] Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-2015.


Cameroon
International boundary
Province boundary
National capital
Province capital
Railroad
Road
NIGERIA
CHAD
CENTRAL AFRICAN REPUBLIC
REPUBLIC OF THE CONGO
GABON
EQUATORIAL GUINEA
SAO TOME AND PRINCIPE
Bight of Biafra
N'Djamena
Maroua
Garoua
Yaoundé
Douala
Bamenda
Bafoussam
Ngaoundéré
Bertoua
Ebolowa
Kribi
Limbe
Malabo
EXTRÊME-NORD
NORD
ADAMAOUA
CENTRE
EST
SUD
LITTORAL
NORD-OUEST
SUD-OUEST
OUEST

GENERALITES

A. PRESENTATION GENERALE DU CAMEROUN

a. Contexte physique et démographique

Pays d'Afrique Centrale, le Cameroun est situé au fond du Golfe de Guinée, entre les 2èmes et 13ème degré de latitude Nord et les 9ème et 16ème degré de longitude Est. Il couvre une superficie de 475 650 km² dont 466050 km² de superficie continentale et 9 600 km² de superficie maritime. Le Cameroun est limité à l'Ouest par le Nigeria, au Nord-Est par le Tchad, à l'Est par la République Centrafricaine, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale et au Sud-Ouest par l'Océan Atlantique.

Sur le plan démographique, la population a été évaluée à 17 463 836 habitants lors du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat en novembre 20052. Avec un taux de croissance démographique de 2,6 % par an, la population du Cameroun est chiffrée à 19 910 659 en 20113. Elle est composée de 230 ethnies réparties en 05 groupes. Au Nord, les Soudanais, Hamites et Sémites, généralement animistes, musulmans ou chrétiens. Au Sud, les Bantous, semi Bantous et les Pygmées dans la zone de la forêt équatoriale, généralement animistes ou chrétiens.

D'après les résultats de l'EDS-MICS 2011, la structure de la population reste caractérisée par son extrême jeunesse et se présente ainsi qu'il suit :

- Moins de cinq ans : 16,9%
- 5-14 ans : 28,2%
- 15-24 ans : 18,7%
- Plus de 65 ans : 4,1%

L'âge médian de la population est de 17,7 ans et l'âge moyen se situe à 22,1 ans.

La pyramide des âges présente donc une base large, caractéristique des pays en développement, qui se rétrécit très rapidement au fur et à mesure que l'âge augmente. Elle reflète une forte fécondité doublée d'une forte mortalité aux âges élevés (Indice fécondité : 5,1 enfants par femme). La population est essentiellement jeune : 43,6% ont moins de 15ans. Seuls 4,3% de la population ont plus de 65 ans tandis que la frange potentiellement active (15 – 64 ans) représente 50,8 %. Ce qui donne un rapport de dépendance économique de 96,8%.

[2] BUCREP
[3] Ibid

La zone soudano-sahélienne couvre les trois Régions septentrionales. Elle présente un relief favorable à la fois à l'érosion et aux inondations, soumettant les populations à des risques de déficit alimentaire exacerbés par des habitudes alimentaires résistant encore à la modernité. Les mouvements des populations que cela engendre accroissent leur vulnérabilité. Les traditions de la zone, fortement modulées par la religion, régissent les relations de pouvoir entre les différents groupes sociaux et régulent la vie des populations. Les espaces, rôles et statuts des femmes, hommes, enfants, doivent être rigoureusement respectés selon les principes traditionnels. La modernité, avec le développement et la mise en place d'universités et grandes écoles est un élément capital dont l'impact se fait de plus en plus sentir. Dans les hauts plateaux de l'Ouest, la zone de forêt du Sud et de l'Est et la zone côtière, le vécu quotidien des femmes et des hommes présente une réalité tout à fait différente. La modernité a eu un impact assez poussé malgré une forte présence des pratiques mythiques et rituels liés à la tradition et qui affectent la vie des femmes tout comme la structuration de la société et la division du travail en fonction du genre. La densité de la population est de 37,5 habitants au km². Le phénomène d'urbanisation gagne en importance car environ 52%4 de la population actuelle vit en zone urbaine, ce qui entraine le développement de l'habitat spontané par des populations pauvres qui ont un accès difficile aux services de santé.

b. Contexte politique et administratif

Le Cameroun est un Etat unitaire décentralisé et démocratique à régime présidentiel. La Constitution du 18 janvier 1996 consacre la séparation des pouvoirs : l'Exécutif exercé par le Président de la République ; le Législatif bicaméral exercé par l'Assemblée Nationale et le Sénat ; le Judiciaire exercé à travers différentes juridictions dont la plus haute est la Cour Suprême. La Constitution prévoit également la décentralisation de la gestion publique avec la mise en place des Régions et des Communes. Le paysage politique est animé par plus de 200 partis politiques.

Au plan administratif, le Cameroun a deux langues officielles, le français et l'anglais. Il est composé de 10 Régions subdivisées en 58 Départements et 360 Arrondissements. Les principales religions sont le Christianisme, l'Islam et l'Animisme.

c. Contexte socio- économique

Sur le plan économique, après une période de croissance soutenue jusqu'au milieu des années 1980, avec la chute du cours des produits de rente, le Cameroun connait une crise économique depuis 1986. D'abord perçue comme conjoncturelle, cette crise est devenue structurelle, affectant ainsi toutes les composantes de la vie nationale. Le choc né du tarissement des principales sources

[4] EDS-MICS 2011

pourvoyeuses des devises s'est amplifié par la dévaluation du franc CFA en 1994. La conséquence la plus perceptible de ce choc fut la généralisation de la pauvreté, la fermeture des entreprises ou leur privatisation, la compression des effectifs dans les secteurs public et privé et les baisses des salaires en 1993 et 1994.

Les principaux indicateurs sociaux, notamment ceux de la santé maternelle et infantile, ont connu une dégradation à cause de l'appauvrissement des familles. La vulnérabilité de la femme s'est ainsi accrue, entraînant la précarité de la situation de l'enfant. L'expansion subséquente de la pauvreté a amené les populations à adopter des stratégies de survie illustrées par des comportements à risque : consommation des produits de moindre qualité, hiérarchisation des dépenses en reléguant celles de la santé au second plan.

Après l'admission du Cameroun à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés et l'atteinte du Point d'Achèvement5, les efforts du pays vont aujourd'hui vers l'amélioration durable des grands agrégats macro-économiques, la poursuite de la mise en œuvre des stratégies de croissance et la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement à l'horizon 2015. Selon la troisième Enquête Camerounaise auprès des Ménages (ECAM III), deux personnes sur cinq (40%) en 2007 vivaient en dessous du seuil de pauvreté estimé à 269 443 F CFA par équivalent adulte et par an.

Le Cameroun constitue un pilier important dans l'économie de la sous-région CEMAC. En effet, en 2011, son PIB était estimé à 12 545,7 milliards de francs CFA, soit 30,0% de celui de la sous-région (41 822,7 milliards de francs CFA). L'inflation est globalement maitrisée, le taux d'inflation se situait en 2011 à 2,9%.

Dans le secteur de la santé, cette situation de crise s'exprime à travers l'intensification de la pratique illégale de la médecine, le trafic illicite des médicaments, la corruption en milieu hospitalier et la formation clandestine des personnels de santé. Néanmoins, les récents recrutements de personnels et les efforts de professionnalisation de la formation ont permis une réduction significative de la précarité de l'emploi et une amélioration des effectifs dans le secteur. Cette tendance est appelée à s'améliorer avec l'entrée en fonctionnement des facultés publiques et privées récemment créées comportant une variété de filières en médecine, odontostomatologie, sciences pharmaceutiques, sciences infirmières et laboratoires.

[5] 2006

B. PRESENTATION DU SYSTEME DE SANTÉ : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ

Le système de santé, conforme au scénario africain de développement sanitaire basé sur le système de santé du district, est organisé en 03 niveaux :

- ✓ Le niveau opérationnel correspond au système de santé du district comprenant le Service de Santé de District, les Centres Médicaux d'Arrondissements (CMA), les Centres de Santé Intégrés (CSI) ;
- ✓ le niveau intermédiaire chargé de l'appui technique comprend la Délégation Régionale de la Santé Publique (DRSP), les hôpitaux régionaux et assimilés ;
- ✓ le niveau central, chargé d'élaborer des stratégies de développement sanitaire du Cameroun, comprend les Services Centraux du Ministère de la Santé Publique, les Hôpitaux Généraux et les Hôpitaux Centraux.

⇒ Le sous-secteur public est composé de 21766 structures sanitaires du MINSANTE et des structures apparentées des Administrations Publiques et Parapubliques telles que le MINDEF, le MINEDUB, le MINESEC, le MINESUP, MINPROFF, MINJUSTICE, la DGSN et la CNPS. Les formations sanitaires (FOSA) qui composent ce système sont classées par catégorie et par niveau de référence. On dénombre 04 hôpitaux de 1ère catégorie, 05 hôpitaux de 2ème catégorie, 11 Hôpitaux Régionaux (HR) et assimilés, 152 Hôpitaux de District (HD) et assimilés (répartis dans 181 Services de Santé de District) et, 185 Centres Médicaux d'Arrondissement(CMA), 1819 Centres de Santé Intégrés (CSI).

⇒ Le sous-secteur privé comporte 1039 formations sanitaires dont 119 cabinets médicaux, 99 cliniques et polycliniques, 5 Centres Médicaux d'Arrondissement privés confessionnels, 740 Centre de Santé Intégrés et 76 Hôpitaux de Districts.

L'état des lieux en ressources humaines effectué en 2011 par le Ministère de la Santé Publique (Direction des Ressources Humaines) lors de l'élaboration du Plan de développement des ressources Humaines 2013-2017 a permis d'établir une base de données indiquant 38 207 personnels toutes professions confondues, dont 25 183 dans le secteur public et 13024 dans le secteur privé. On note une inégale répartition de ces personnels entre les 10 Régions du pays. Les ratios varient de 0,17 médecins pour 10 000 habitants dans la Région de l'Extrême-Nord à 2,45 dans le Centre et de 0,31 infirmiers pour 10 000 habitants dans le Sud-Ouest à 7,41 dans le Centre.

Il existe au Cameroun un Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME). Son objectif est de faciliter l'accès aux médicaments à travers l'adoption d'une

[6] CIS/MINSANTE 2010

politique du médicament générique, la mise en place des Fonds Régionaux de Promotion de la Santé (FRPS)7, des Centres d'Approvisionnement Pharmaceutiques Régionaux (CAPR) et d'une Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et consommables médicaux essentiels (CENAME) dans le secteur public. Les CAPR assurent la distribution des médicaments et consommables médicaux aux FOSA au niveau régional et dans les districts de santé.

C. QUELQUES INDICATEURS DE SANTE

Au Cameroun, les efforts consentis par le Gouvernement et ses Partenaires Techniques et Financiers, ont permis d'améliorer quelques indicateurs de santé entre 2004 et 2011. Toutefois, des efforts supplémentaires restent à faire pour la santé maternelle.

Tableau 2 : Projections en 2015 des principaux indicateurs de santé au Cameroun

Niveau attendu en 2015 pour les principaux indicateurs de santé au Cameroun				
INDICATEURS	**2004 (EDS 3)**	**2011 (EDS 2011)**	**2015 (Cible nationale)**	**2015 (Cible OMD)**
Taux de mortalité néonatale (p. 1000)	-	31	10,4	10,4
Taux de mortalité infantile (p. 1000)	74	62	25	22
Taux de mortalité juvénile (p. 1000)		63	21,9	21,9
Taux de mortalité infanto-juvénile (p. 1000)	144	122	50	42,10
Taux de malnutrition chronique (12-23 mois) (%)	19	33[8]	16	16
Taux de mortalité maternelle (p. 100.000 naissances vivantes)	669	782	250	107,5
Proportion d'enfant complètement vaccinés (%)	-	53	-	-
Taux de prévalence du VIH/SIDA (%)	5,5	4,3	-	-
Taux de prévalence contraceptive	-	14	-	-
Morbidité liée au paludisme (prévalence parasitaire)	-	30	-	-

Source : EDS MICS 2011, MINEPAT/INS ; Stratégie Sectorielle de Santé

Les indicateurs de l'offre de services sanitaires montrent aussi que des efforts restent à faire sur le plan de la formation et du recrutement des personnels médicaux et paramédicaux, des constructions et d'équipement des centres de santé. En ce qui concerne l'infrastructure et les équipements, l'on constate un début d'amélioration du patrimoine sanitaire, par la création des centres d'imagerie médicale et d'hémodialyse, la construction de nouveaux hôpitaux régionaux et généraux de référence, la réfection de certaines formations sanitaires et l'amélioration des plateaux techniques.

Cependant, on note une inégale répartition des infrastructures non seulement entre les Régions, mais encore entre les zones rurales et urbaines.

[7] Les FRPS existaient dans 3 régions, le Littoral, le Sud-Ouest et le Nord-Ouest.
[8] Les données de l'EDS 2011 prennent plutôt en compte les enfants compris dans la tranche d'âge de 0 à 59 mois.

CHAPITRE I : DEFINITION DES CONCEPTS CLES DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

I.1 DEFINITION DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

Selon le System of Health Accounts (SHA) 2011, les Comptes Nationaux de la Santé (CNS) constituent un outil de suivi systématique, cohérent et exhaustif du flux des ressources du système de santé d'un pays. Ils sont utilisés comme un outil complet permettant aux décideurs d'évaluer les flux de financements, l'utilisation des ressources et de corriger les déséquilibres du financement du système de santé. La flexibilité du cadre d'élaboration des CNS permet également d'analyser les données de certaines interventions sanitaires spécifiques telles que la santé de la reproduction, la santé de l'enfant et celles liées à certaines maladies comme le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose, etc. Ils permettent de répondre entre autres aux questions suivantes dans un système de santé :

- qui finance les services et soins de santé ?
- combien dépensent-ils pour la santé ?
- par quels mécanismes sont financés les services et soins de santé ?
- pour quels types de soins et services de santé dépensent-ils ?
- vers quels prestataires de soins sont effectuées ces dépenses ?

I.2 DIMENSIONS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

Une dépense en santé se définit comme la valeur des dépenses liées à la consommation finale de biens et services définis comme biens et services de santé et à la production de certaines activités définies comme activités de santé. Les CNS consistent en une série de tableaux dans lesquels sont organisées les diverses dépenses en santé d'une nation. Ces tableaux croisent différents aspects de la dépense de santé dénommés dimensions des CNS.

Selon la nomenclature du SHA 2011, les dimensions utilisées dans le cadre de l'élaboration des CNS de 2011 du Cameroun sont les suivantes : les Régimes de Financement (HF), les Recettes des Régimes de Financement (FS), les Fonctions de Soins de Santé (HC), les Prestataires de Santé (HP), les Facteurs de Prestations (FP). Chacune de ces dimensions est présentée succinctement dans les parties ci-dessous.

I.2.1 Les régimes de financement des soins de santé

Les régimes de financement des soins de santé sont les principaux types de dispositifs de financement par lesquels les populations peuvent avoir accès aux soins de santé. A titre d'exemples, les systèmes de financement des administrations publiques, les paiements directs par les ménages, les dispositifs de financement par les parties tierces telles que l'assurance maladie sociale, l'assurance maladie volontaire, etc. La classification des régimes est la suivante :

HF.1 Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires du financement de la santé : Cette catégorie inclut tous les régimes visant à assurer l'accès aux soins de santé de base pour toute la société, à une grande partie de la société ou tout au moins aux groupes vulnérables. Elle comprend : les régimes de l'administration publique, l'assurance maladie sociale, l'assurance privée obligatoire et les comptes d'épargne santé obligatoires. Le terme « *régime obligatoire* » renvoie à des régimes pour lesquels l'adhésion est rendue obligatoire par l'Etat (au moyen de dispositions législatives). Tous les autres régimes sont considérés comme étant volontaires.

HF.2 Régimes de paiement volontaire des soins de santé (autres que les paiements directs des ménages) : cette catégorie comprend tous les régimes de financement prépayé de soins de santé dans le cadre duquel l'accès aux services de santé est laissé à la discrétion des acteurs privés. Sont inclus : les régimes d'assurance maladie volontaire (HF.2.1), les régimes de financement des ISBLSM (HF.2.2) et les régimes de financement des entreprises (HF.2.3.).

HF.3 Paiements directs des ménages

Les dépenses directes des ménages sont par définition considérées comme un régime de financement. Son trait distinctif est qu'il s'agit d'un paiement direct, pour des services prélevés, sur la principale source de revenus ou sur l'épargne du ménage (aucun tiers payant n'est impliqué) : le paiement est fait par l'utilisateur au moment de l'utilisation des services. Sont pris en compte : la participation aux coûts et les paiements informels.

Les paiements directs montrent la charge directe des coûts médicaux que supportent les ménages au moment de l'utilisation du service. Dans les pays à revenus modestes, les dépenses de paiements directs constituent souvent la principale forme de financement des soins de santé.

HF.4 Régimes de financement du reste du monde

Cette rubrique comprend les dispositions financières impliquant les unités institutionnelles (ou gérées par des unités institutionnelles) qui résident à l'étranger, mais qui collectent, mettent en commun les ressources et achètent les biens et services de santé pour le compte des résidents, sans transmettre leurs fonds par un régime résident.

I.2.2 Les revenus ou recettes des régimes de financement

Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contributions spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquelles les régimes de financements mobilisent leurs revenus.

FS.1 Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique

Cette rubrique couvre les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé.

FS.2 Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique

Cette rubrique comprend les transferts d'origine étrangère (bilatéraux, multilatéraux ou autres types de financement étranger) redistribués par l'administration publique. Pour le régime de financement recevant ces fonds, le pourvoyeur est l'administration publique, mais les fonds sont eux-mêmes d'origine étrangère. L'origine du revenu ne peut être enregistrée qu'au niveau de la transaction.

FS.3 Les cotisations d'assurance sociale

Les cotisations d'assurance maladie sociale comprennent celles à la charge des employeurs au nom de leurs employés ou les contributions directes des employés, des travailleurs indépendants ou des chômeurs qui cotisent eux-mêmes afin de garantir leur droit à la couverture sociale. Les sous-catégories des cotisations à l'assurance sociale sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles qui paient les cotisations d'assurance sociale au nom de l'assuré.

Cette catégorie exclut les cotisations d'assurance sociale à la charge de l'administration publique pour le compte de groupes particuliers. Sont également exclues "les contributions d'assurance sociale imputées".

FS.4 Prépaiements obligatoires

Cette catégorie comprend les primes d'assurance privée obligatoire et les cotisations obligatoires faites dans les Comptes d'Epargne Santé (CES). Les primes d'assurance privée obligatoire sont des paiements reçus de la personne assurée elle-même ou d'autres unités institutionnelles ayant été mandatées par l'administration publique qui cotisent au nom de l'assuré et qui lui garantissent le droit aux allocations des régimes d'assurance maladie obligatoire. Dans le cas des régimes d'assurance maladie obligatoire, tous les résidents ou groupes définis en tant que résidents sont tenus de souscrire à une police d'assurance maladie.

FS.5 Prépaiement volontaire

Cette rubrique comprend les primes d'assurance privée facultative. Les primes d'assurance facultative sont des paiements reçus de l'assuré ou d'autres unités institutionnelles au nom de l'assuré qui garantissent le droit aux allocations des régimes d'assurance maladie facultatives. Les sous-catégories de prépaiement volontaires sont classées en fonction du type d'unités institutionnelles responsable du financement, de la manière suivante : les prépaiements volontaires venant des individus/des ménages ; les prépaiements volontaires venant des employeurs ; autres prépaiements volontaires.

I.2.3 Les Prestataires de Soins

Les prestataires de soins de santé regroupent les organisations et les acteurs qui fournissent des biens et services médicaux comme leur activité principale, de même que ceux pour qui la prestation de soins de santé constitue seulement une activité parmi tant d'autres. Ils varient en fonction de leurs structures juridiques, comptables, organisationnelles et fonctionnelles. Les prestataires sont classés en neuf grandes catégories :

(HP.1) Les prestataires de soins hospitaliers: ces prestataires comprennent tous les établissements qui offrent des services d'hospitalisation.

(HP.2) Les Etablissements résidentiels de soins de longue durée : ils regroupent les établissements de soins infirmiers de longue durée, établissements pour troubles mentaux et toxicomanie et tous les autres établissements résidentiels de soins de longue durée. Il n'en existe pas dans le système de santé camerounais et n'apparaissent donc pas dans les tableaux présentés ;

(HP.3) Les prestataires de soins ambulatoires: ils regroupent tous les établissements de soins qui n'hospitalisent pas.

(HP.4) Prestataires de services auxiliaires: il s'agit des prestataires qui offrent des services auxiliaires tels que : les laboratoires d'analyse médicale et de diagnostic, les centres d'imagerie, les centres de transfusion sanguine, tous autres prestataires de services auxiliaires ;

(HP.5) Les distributeurs et détaillants de biens médicaux: il s'agit des pharmacies, des détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux ; les détaillants et autres distributeurs de verres médicaux et d'appareils auditifs, tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux. Cette catégorie inclut également la vente illicite de médicaments ou encore médicaments de la rue ;

(HP.6) Prestataires de soins préventifs: cette catégorie comprend les organisations exécutant principalement des programmes et campagnes de prévention collective/programmes de santé publique pour des groupes d'individus spécifiques ou à la population en général, tels que les

institutions de promotion et de protection de la santé de même que les établissements spécialisés fournissant des soins de prévention primaires en tant qu'activité principale. Sont inclus la promotion de conditions de vie et de mode de vie saines dans les écoles par des professionnels de soins de santé externes, des institutions ou organisations.

(HP.7) Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé: il s'agit des agences étatiques de l'administration de la santé (services centraux et déconcentrés des administrations publiques en charge de la santé), des services d'administration des agences d'assurance maladie sociale, des agences administratives de l'assurance maladie privée et d'autres agences administratives.

(HP.8) Prestataires du Reste de l'économie : cette catégorie inclut les ménages comme prestataires de soins de santé à domicile, toutes autres industries prestataires secondaires de soins de santé, toutes autres industries non classées ailleurs

(HP.9) Prestataires non spécifiés par catégorie: tous les prestataires qui n'ont pu être classés dans les autres catégories de prestataires.

I.2.4 Les fonctions de soins

Les fonctions de soins sont définies comme les biens et services produits par les prestataires de soins de santé et par les institutions et acteurs impliqués. La classification des fonctions de soins de santé est la suivante :

a. **(HC.1) Services de soins curatifs:** ils sont regroupés en quatre sous catégories :

(HC.1.1) Soins curatifs hospitaliers: ils regroupent tous les services de soins curatifs dispensés par les prestataires de soins lors d'une hospitalisation y compris les médicaments, les examens de laboratoire, l'imagerie médicale, et les frais administratifs liés à l'hospitalisation. Un contact de soins hospitaliers comprend une admission formelle dans une structure sanitaire pour un traitement et/ou une prise en charge qui devrait entraîner un séjour d'une nuit. La classification en tant que soins hospitalier est indépendante du type de prestataire.

(HC1.2) Les soins curatifs en hospitalisation de jour: ils regroupent l'ensemble des services médicaux et paramédicaux planifiés et dispensés à des patients qui ont été officiellement admis pour un diagnostic, un traitement ou d'autres types de soins, mais avec l'intention de libérer le patient le même jour. Les soins en hospitalisation de jour peuvent porter sur des services de soins préventifs, curatifs, de réadaptation et de soins de longue durée.

(HC.1.3) Les soins curatifs ambulatoires: ils regroupent l'ensemble des services médicaux et paramédicaux dispensés à un patient qui n'est pas formellement admis dans un établissement et n'y passe pas la nuit. Le terme «soins ambulatoires » désigne toutes sortes de soins dispensés à un patient non hospitalisé quel que soit le lieu où ces soins sont dispensés.

(HC.1.4) Les soins curatifs à domicile: ils comprennent les services médicaux, paramédicaux et soins infirmiers consommés par les patients à domicile et impliquent la présence physique du prestataire. Sont compris les services d'obstétrique à domicile, les séances de dialyse à domicile, tous les services de soins de santé consommés dans un milieu résidentiel quel que soit le prestataire qui peut être un parent, un professionnel de la santé ou un agent communautaire formé. Ces soins sont enregistrés comme des soins à domicile quelle que soit la durée du service. Ils comprennent les services de santé fournis au domicile familial ou dans d'autres résidences individuelles ou collectives (à l'exception des maisons médicalisées) où l'individu vit de façon permanente.

b. **(HC.2) Les soins de réadaptation:** La réadaptation est une stratégie intégrante qui vise à habiliter les individus souffrant de pathologies, qui ont ou courent un risque de souffrir d'une invalidité à avoir et à maintenir des capacités fonctionnelles optimales, une qualité de vie décente et une intégration dans la communauté et dans la société. Autrement dit, les services de réadaptation sont consommés par des individus ayant des difficultés fonctionnelles liées à une large gamme de pathologies (maladie, trouble et blessure) qui peuvent être aigues ou chroniques, congénitales ou acquises, et touchent des personnes de tout âge ayant des handicaps indépendamment des services de soins de santé d'un spécialiste ou corrélativement à ces derniers (par exemple remplacement de hanche, greffe du cœur, traitement de l'œil par un spécialiste, ou traitement de dépression aigue).

c. **(HC.3) Les soins de longue durée**: ils couvrent un éventail de services de soins médicaux et personnels consommés dans l'objectif principal de soulager la douleur et les souffrances et de réduire ou de prendre en charge la détérioration de l'état de santé des patients ayant un niveau de dépendance à long terme. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les soins de santé de longue durée sont dispensés sous forme de soins informels, c'est-à-dire qu'ils sont généralement consommés à domicile et fournis par des parents sans transaction ou enregistrement.

d. **(HC.4) Services auxiliaires**: il s'agit des services de laboratoires, de transfusion sanguine et d'imagerie réalisés dans des structures indépendantes des formations sanitaires.

(HC.4.1) Les services de laboratoire: ils comprennent une variété de tests d'échantillons cliniques visant à obtenir des informations sur la santé d'un patient. Les tests de laboratoires font partie

intégrante de la consommation de tout patient et constituent un guide de diagnostic et de choix de traitement.

(HC.4.2) Les services de diagnostic d'imagerie: ils regroupent une variété de services qui utilisent la technologie de l'imagerie telle que la radiologie et le rayonnement pour le diagnostic et le suivi des patients.

(HC.4.3) Les services de transport des patients: ils comprennent le transport des patients vers une formation sanitaire sur recommandation médicale ou en tant que transfert nécessaire inter-structures pour compléter un ensemble de services de santé.

e. **(HC.5) Produits médicaux (non spécifiés par fonction)**: les médicaments et autres produits médicaux font fréquemment partie d'un ensemble de services ayant un but préventif, curatif, de réadaptation ou de longue durée. Dans la consommation en milieu hospitalier, en mode ambulatoire ou en hospitalisation de jour, ils ne sont habituellement pas identifiés distinctement, sauf probablement à un niveau beaucoup plus détaillé. L'on distingue trois sous catégories de produits médicaux :

(HC.5.1) Produits pharmaceutiques et autres produits non durables: Cette catégorie comprend les produits pharmaceutiques et les biens médicaux non durables destinés à être utilisés dans le diagnostic, la guérison, l'atténuation ou le traitement de la maladie. Il s'agit des préparations médicinales, des médicaments de marque et génériques, des médicaments, des médicaments brevetés, des sérums et des vaccins, et des contraceptifs oraux. Les liquides nécessaires à la dialyse, ainsi que les gaz utilisés dans les soins de santé tels que l'oxygène, doivent être également pris en compte lorsque le patient ou ses parents les achètent directement.

(***HC.5.2) Appareils thérapeutiques et autres produits médicaux*** : cette rubrique comprend un éventail de produits médicaux durables tels que les orthèses ; les prothèses ou extensions artificielles et d'autres variétés d'appareils médico-techniques.

(HC.5.9) Tous les autres produits médicaux durables, y compris les appareils médico-techniques: cette rubrique comprend une gamme variée d'appareils médico-techniques tels que les fauteuils roulants (électriques et non électriques) et les véhicules pour invalides, ainsi que divers produits médicaux durables non classés ailleurs tels que les instruments de contrôle de la tension artérielle.

f. **(HC.6) Soins préventifs:** sont relatifs à toutes les activités de sensibilisation, de promotion et de prévention de la maladie.

(HC.6.1) Programmes d'information, d'éducation et de conseils: Les programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) conjuguent des stratégies, approches et méthodes pour permettre aux individus, familles, groupes, organisations et communautés de jouer des rôles actifs dans la prise en charge, la protection et le maintien de leur propre santé.

(HC.6.2) Programmes de vaccination: il s'agit de la prévention primaire en vue d'empêcher le développement d'une maladie, avant ou après l'exposition, grâce à l'utilisation de produits pharmaceutiques, tels que les vaccins.

(HC.6.3) Les programmes de détection précoce de la maladie: ce point concerne la recherche active d'une maladie au début de son évolution, avant l'apparition des symptômes, au sein des groupes à risque, sous forme d'activités organisées d'un programme.

(HC.6.4) Les programmes de suivi d'un état de santé sain: cette rubrique concerne le suivi actif des états de santé sains, et n'est pas focalisée sur des maladies spécifiques. Ceux-ci peuvent cibler, par exemple, des états de santé spécifiques, tels que la grossesse (soins prénatals et postnatals), ou des groupes d'âge spécifique tels que les enfants (ex : croissance et le développement de l'enfant) ou des groupes de personnes vieillissantes, ou des domaines de santé spécifiques, tels que les soins dentaires et les bilans de santé.

(HC.6.5) Surveillance épidémiologique et des risques et programmes de lutte contre la maladie : cette sous-catégorie couvre les opérations techniques pour gérer les connaissances et les ressources avec une focalisation sur l'aspect préventif et de lutte. Cela se réalise à travers la planification, le suivi et l'évaluation des interventions, y compris les mesures visant à éclairer la prise de décision, tel que l'accès à l'information et aux services d'appui.

(HC.6.6) La préparation des programmes de réponses aux catastrophes et aux situations d'urgence: elle comprend la préparation pour une réponse appropriée en cas de situation d'urgence humanitaire, qu'elle soit d'origine humaine ou pas. L'objectif est de protéger la santé et de réduire la mortalité et la morbidité dues aux risques sanitaires par le biais notamment d'un domaine particulier de l'épidémiologie de terrain, et de la formation sur les normes techniques.

g. **(HC.7) Gouvernance et administration du système de santé et des financements:** Ces services mettent l'accent sur le système de santé plutôt que directement sur les soins de santé, et sont considérés comme étant collectifs, dans la mesure où ils ne peuvent être attribués à des individus spécifiques, mais profitent à tous les usagers du système de santé. Ils orientent et soutiennent le fonctionnement du système de santé. Ces services sont censés maintenir et

accroître l'efficacité et l'efficience du système de santé et peuvent améliorer son équité. Cette catégorie se subdivise en deux sous catégories que sont :

- gouvernance et administration du système de santé (HC.7.1)
- l'administration du financement de la santé (HC.7.2)

HC.9 Autres services de soins de santé non classifiés ailleurs (n.c.a) : cette rubrique inclut tout autre service de soins de santé non classés dans les rubriques allant de HC.1 à HC.7.

I.2.5 Les Facteurs de Prestations

Les facteurs de prestations représentent la valeur totale des ressources, en espèces ou en nature, utilisée dans la fourniture des biens et services de santé. Elle est égale au montant payable aux prestataires de soins de santé par les régimes de financement pour les biens et services de santé consommés au cours de la période comptable. La fourniture implique un ensemble de facteurs de production – la main d'œuvre, le capital et équipements et les services externes – pour fournir des biens et services de santé. Pour leur fonctionnement, les prestataires doivent également effectuer d'autres dépenses sur les intrants, tel que le paiement des impôts et taxes. Il faut noter que les dépenses en facteurs de prestation sont relatives aux dépenses courantes pour la fourniture des biens et services de santé. Les dépenses en capital qui serviraient à la fourniture des périodes futures devraient être séparées de l'utilisation des ressources pour la fourniture courante de services de santé. Cette catégorie se subdivise en plusieurs sous catégories suivantes :

FP.1 Rémunération des employés

La rémunération des employés porte sur la rémunération totale, en espèces ou en nature, payée par une entreprise à un employé en retour du travail exécuté par ce dernier au cours de la période comptable. Elle inclut : les traitements et salaires (FP.1.1) ; toutes formes de prestations sociales (FP.1.2) ; tous autres coûts relatifs aux employés (FP.1.3) tels que les paiements pour les heures supplémentaires ou le travail de nuit, les primes, les allocations, de même que la valeur des paiements en nature tels que la fourniture d'uniformes au personnel médical. La rémunération des employés constitue la mesure de la rémunération de toutes les personnes employées par les prestataires des soins de santé, qu'elles soient professionnelles de la santé ou pas.

FP.2 Rémunération des professionnels particuliers

Cette sous-catégorie est prévue pour les professionnels particuliers privés, menant des activités de santé. Cette classe vise la rémunération de cabinet des professionnels privés de la santé, le revenu des professionnels particuliers non-salariés, et le revenu complémentaire ou supplémentaire généré par les cabinets privés du personnel de santé salarié, ce qui est courant dans les systèmes de santé de la plupart des pays. Malgré la fréquence, la pertinence et l'importance du travail réalisé par

les praticiens indépendants qualifiés dans le domaine des soins de santé, les normes de mesures pleines n'ont pas été proposées ni définies dans la plupart des guides.

FP.3 Matériels et services utilisés

Cette catégorie correspond à la valeur totale des biens et services utilisés pour la fourniture des biens et services de santé (non produit à l'interne) achetés auprès d'autres prestataires de service et autres industries de l'économie. Tout le matériel et services doivent être entièrement consommés pendant la période de l'activité de production. Cette catégorie inclut : les services sanitaires (FP.3.1), les biens sanitaires (FP.3.2), les services non sanitaires (FP.3.3) et les biens non sanitaires (FP.3.4).

FP.4 Consommation du capital fixe

La consommation du capital fixe est un coût de production. Elle peut être définie en termes généraux comme coût sur la période comptable, de la baisse de la valeur courante du stock d'immobilisation du producteur suite à une détérioration physique, l'obsolescence prévue ou de dommage normal ou accidentel.

FP.5 Autres rubriques de dépenses en ressources

Cette rubrique inclut tous les coûts financiers, tels que les paiements des intérêts sur les prêts, les impôts, etc.

I.2.6 Le compte de capital

Le compte de capital est constitué par la somme des trois agrégats suivants : la formation brute de capital fixe (par exemple les bâtiments hospitaliers ou les ambulances); les variations des stocks (les vaccinations conservées en stock); et les acquisitions moins les cessions des objets de valeur (par exemple les objets d'art).

La formation brute de capital fixe est généralement l'élément le plus important et se définit comme étant la valeur totale des actifs fixes que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable (moins la valeur des cessions d'actifs) et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé. Dans le SCS 2011, les dépenses courantes sont distinguées des dépenses en capital. La formation brute de capital est constituée par les catégories suivantes :

HK.1.1.1 Infrastructures

Les infrastructures sont scindées en deux composantes: les bâtiments résidentiels et non résidentiels (HK.1.1.1.1) et les autres ouvrages (HK.1.1.1.2).

HK.1.1.1.1 Bâtiments résidentiels et non résidentiels

Les bâtiments résidentiels et non résidentiels sont ceux acquis (moins ceux cédés) par les prestataires de soins de santé.

Les autres ouvrages comprennent les ouvrages autres que les bâtiments acquis (moins ceux cédés) par les prestataires de soins de santé.

HK.1.1.2 Machines et équipements

La catégorie « Machines et équipements » comprend l'équipement médical (HK.1.1.2.1), les équipements de transport (HK.1.1.2.2), les équipements d'information, de communication et des télécommunications (HK.1.1.2.3), et autres machines et équipements non classés ailleurs (HK.1.1.2.4.).

HK.1.1.3 Produits de la propriété intellectuelle

Les produits de la propriété intellectuelle sont le résultat de recherches, de développements, d'enquêtes ou d'innovations aboutissant à des connaissances que les promoteurs peuvent commercialiser ou utiliser à leur profit dans la production étant donné que l'utilisation des connaissances est limitée par des protections juridiques ou autres.

I.3 LES PRINCIPAUX AGREGATS DES DEPENSES DE SANTÉ

Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif principal est de restaurer, d'améliorer et d'entretenir la santé de la population et des individus pendant une période prédéterminée.

Les résultats des CNS se présentent sous la forme de tableaux qui retracent les flux financiers entre les différents acteurs du financement de la santé mieux encore suivant les différentes dimensions des CNS. De manière globale, ils permettent d'obtenir les agrégats suivants : les dépenses courantes de santé (DCS) ; les dépenses de formation brute de capital, et les dépenses totales de santé (DTS).

- **Dépenses courantes en santé**

Les dépenses courantes en santé (DCS) quantifient les ressources économiques dépensées pour les fonctions de santé telles qu'identifiés par les délimitations de la consommation dans le champ des CNS.

- **Dépenses de formation brute du capital**

Il s'agit des investissements (équipements médico-techniques, microscopes,..) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.

La distinction entre dépenses courantes en biens et services de santé et dépenses en capital dans les établissements de santé est importante.

- **Dépenses totales de santé**

Elles sont obtenues en additionnant les dépenses courantes en santé et la formation brute de capital.

- **Dépense en santé des administrations publiques**

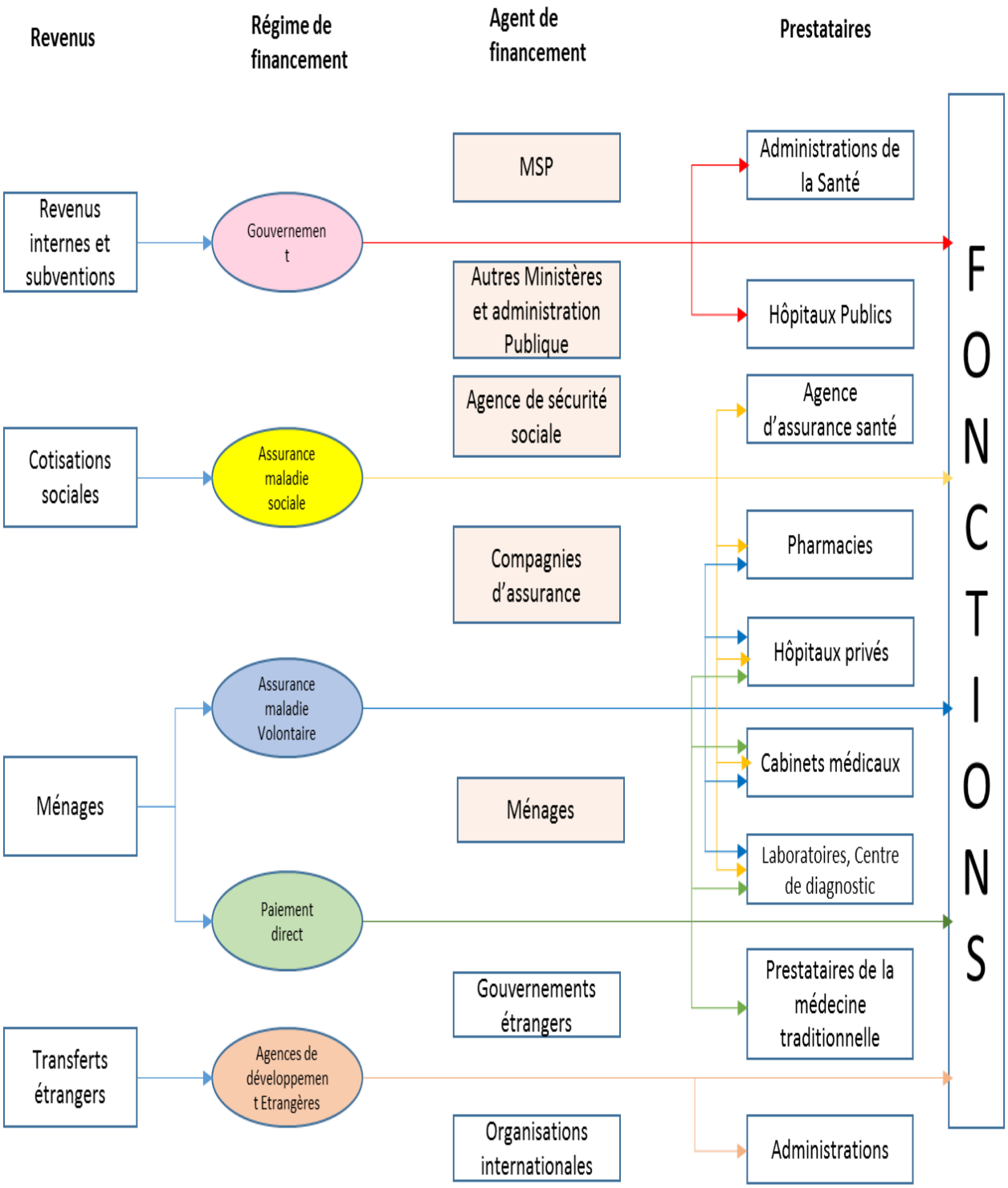
Les dépenses en santé des administrations publiques sont constituées des dépenses effectuées par les administrations publiques et les collectivités territoriales décentralisées (CTD).

- **Dépenses privées en santé**

Les dépenses privées de santé sont les dépenses financées par toutes les entités autres que les administrations publiques et les partenaires. Il s'agit des dépenses de santé des ménages, des entreprises, des ONGs nationales et autres revenus nationaux.

I.4 SCHEMA DU FINANCEMENT DE LA SANTE

Le schéma de financement de la santé montre les liens existant entre différents acteurs/ intervenants du financement. Le schéma de financement de la santé au Cameroun peut se présenter ainsi qu'il suit :


Revenus
Régime de financement
Agent de financement
Prestataires
Revenus internes et subventions
Gouvernement
MSP
Autres Ministères et administration Publique
Administrations de la Santé
Hôpitaux Publics
Cotisations sociales
Assurance maladie sociale
Agence de sécurité sociale
Agence d'assurance santé
Compagnies d'assurance
Pharmacies
Hôpitaux privés
Ménages
Assurance maladie Volontaire
Paiement direct
Ménages
Cabinets médicaux
Laboratoires, Centre de diagnostic
Transferts étrangers
Agences de développement Etrangères
Gouvernements étrangers
Organisations internationales
Prestataires de la médecine traditionnelle
Administrations
FONCTIONS

CHAPITRE II. METHODOLOGIE

L'élaboration des CNS obéit à une méthodologie universelle standard à laquelle le Cameroun s'est conformé, à l'instar des autres pays. Cette méthodologie a été révisée en 2011 passant du Système des Comptes de la Santé 1.0 (SCS 1.0) au Système des Comptes de la Santé 2011 ou encore System of Health Accounts (SHA 2011). Les tableaux des CNS sont le fruit d'une série d'activités menées conformément au SHA 2011.

II.1 LES ACTIVITES PRELIMINAIRES

Elles ont consisté à la mise en place du cadre organisationnel des CNS. Ce cadre se définit par la mise sur pied de deux types de structures à savoir un comité de pilotage et une cellule technique. Pour le Cameroun, le comité de pilotage a été assimilé au Comité de pilotage et de suivi de la mise en œuvre de la SSS. Une cellule opérationnelle a été créée et logée à la Cellule des Informations Sanitaires au MINSANTE. Cette cellule opérationnelle à l'image du comité de pilotage est une équipe multidisciplinaire et multisectorielle chargée de conduire techniquement le processus d'élaboration des CNS. Les membres de la Cellule opérationnelle ont été formés respectivement en 2009 et 2011 à l'élaboration des CNS suivant le SCS 1.0 et le SHA 2011. Ces différentes formations étaient suivies de l'adaptation des outils de collecte au contexte national et au pré-test. L'adaptation et le pré-test se sont faits dans une approche participative avec la contribution d'un échantillon des différentes structures cibles des CNS (pharmacies, formations sanitaires publiques et privées, assurances, entreprises, CTD,…). Ces outils comprennent les questionnaires, le manuel des enquêteurs, les dépliants et affiches des CNS.

II.2 LES SOURCES DE DONNEES

L'élaboration des CNS de 2011 à nécessité l'identification de plusieurs sources de données. Ce sont notamment :

- Les Administrations Publiques/Etatiques (Ministères et Institutions) ;
- Les Collectivités Territoriales Décentralisées (Communautés urbaines et Communes) ;
- Les Prestataires de soins publics et privés (hôpitaux et centres de santé) ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers ;
- Les Organisations Non Gouvernementales nationales et internationales ;
- Les Entreprises (Employeurs) ;
- Les sociétés d'Assurances ;
- Les Pharmacies ;
- Les Laboratoires de diagnostics et d'analyses médicales ;

- Les Programmes nationaux de santé.

Une collecte des données primaires a été effectuée auprès de certaines de ces sources par le biais des questionnaires. En plus de la collecte des données primaires auprès des cibles suscitées, une collecte des données secondaires a été entreprise. Les principales sources de données secondaires exploitées sont les suivantes :

- Des rapports techniques et financiers des différents programmes nationaux de santé du Ministère de la Santé Publique ;
- Les lois des finances et lois des règlements du Cameroun pour les années 2009, 2010 et 2011 ;
- La base des données des dépenses consolidées du Ministère de la Santé Publique pour l'année 2011 ;
- Les rapports et bases des données des Enquêtes ECAM 3 (2007) et EDS-MICS 2011 obtenus auprès de l'Institut National de la Statistique.

II.3 ECHANTILLONNAGE

Le champ géographique des CNS 2011 a été le territoire national. L'opération a concerné l'ensemble des acteurs intervenant dans le financement de la santé. Le principe de base retenu était de recenser systématiquement toutes les unités statistiques à l'exception des entreprises où un tirage aléatoire stratifié à probabilités inégales a été effectué. A cet effet, la base de sondage utilisée est celle du Recensement Général des Entreprises de 2009 réalisé par l'INS et constituée de 16 714 entreprises formelles. Sur la base de la contrainte budgétaire et d'une précision escomptée de 5%, la taille de l'échantillon des entreprises a été fixée à 575 au niveau national.

II.4 SENSIBILISATION DES ACTEURS SUR LES CNS

Plusieurs actions ont été menées pour assurer la bonne information non seulement des structures cibles mais également de toute l'opinion publique nationale. Ainsi, des affiches et des banderoles ont été produites et posées dans les dix régions avant et durant la période de collecte des données. Des dépliants en versions française et anglaise ont été produits et largement distribués avant et pendant l'enquête. Une petite équipe constituée des membres de la cellule opérationnelle des CNS a sillonné plusieurs média publics et privés pour communiquer sur le projet d'élaboration des CNS en cours. Il convient aussi de relever certains éléments de sensibilisation qui ont impacté la collecte des données. Il s'agit notamment des messages crawl diffusés dans les média vidéo tout au long de la période d'enquête et, des lettres d'introduction auprès des structures enquêtées. Ces lettres signées du Ministre de la Santé Publique ont facilité l'accès des enquêteurs auprès des structures cibles.

II.5 RECRUTEMENT ET FORMATION DES AGENTS ENQUETEURS ET DES SUPERVISEURS

Pour la collecte des données, le profil des agents enquêteurs a été défini en tenant compte des objectifs de l'enquête, des spécificités des régions et du type de structure à enquêter. Ainsi, pour les métropoles de Douala et Yaoundé où sont établies la quasi-totalité des grandes entreprises et compagnies d'assurance, le niveau licence et maîtrise a était exigé des enquêteurs.

L'étude a mobilisé 12 superviseurs centraux, 44 superviseurs régionaux/ contrôleurs et 550 agents enquêteurs. Ces derniers ont été recrutés et formés dans chaque chef-lieu de régions. À l'issue d'un test pratique, les meilleurs agents ont été retenus pour constituer des équipes. Chaque équipe était composée d'un superviseur Central, d'un superviseur régional (contrôleur /chef d'équipe) et des enquêteurs. Les superviseurs centraux étaient tous des membres de la Cellule Opérationnelle.

II.6 COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données proprement dite s'est étalée sur la période allant de Novembre 2012 à Mars 2013 avec le déploiement des équipes sur l'ensemble du territoire national auprès des différentes structures cibles.

Au terme de cette collecte des données, on enregistre un taux de couverture global de 72,3%.

Tableau II. 1 : Taux de couverture de la collecte des données des CNS 2011

Structures	Effectif prévu	Effectif enquêté	Taux de couverture (%)
CTD	360	238	66,1
PTF	38	13	34,2
ONGs	50	45	90,0
Employeurs	575	296	51,5
Assurances	13	10	76,9
Prestataire de soins	3215	2595	80,7
Programmes Nationaux de Santé	8	3	37,5
Laboratoires d'analyse et de diagnostic	34	30	88,2
Pharmacies	340	119	35,0
Ensemble	**4633**	**3349**	**72,3**

II.7 TRAITEMENT DES DONNEES.

Les données de l'enquête ont été saisies au fur et à mesure de l'évolution de la collecte au moyen d'un masque de saisie développé à partir du logiciel Epi info. Une équipe de 10 agents de saisie et de 02 contrôleurs a été constituée puis formée à cet effet. Pendant la saisie, certaines structures étaient contactées de nouveau pour corriger les incohérences décelées dans les questionnaires.

L'apurement des données saisies a été réalisé aux mois d'août et de septembre 2013. Ensuite, les données ont été transférées dans l'application NHAPT pour encodage et production des tableaux.

II.8 ANALYSE ET UTILISATION DES DONNEES DANS L'OUTIL NHAPT.

II.8.1 Estimation des dépenses de santé des administrations publiques.

Les données du gouvernement ont été importées avec les codes budgétaires retravaillés. Au total, 9196 enregistrements ont été importés et encodés dans l'outil pour les activités concernant le Ministère de la Santé Publique.

Les données des autres structures du gouvernement notamment les Collectivités Territoriales Décentralisées et les autres ministères, les codes budgétaires ont été également complétés pour faciliter l'encodage dans l'outil. Notons que si une collecte a été possible et faite au niveau des CTD, les données des autres ministères ainsi que celles des évacuations sanitaires et des remboursements des soins aux agents de l'Etat ont été extraites des données des lois de règlement et des clés de répartition ont été développées pour les ventiler selon les fonctions de soins.

II.8.2 Estimation des dépenses de santé des ménages

L'estimation des dépenses en santé des ménages a été faite à partir des données de la troisième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM III) réalisée en 2007 par l'INS. Ces données ont été extrapolées sur la base de l'évolution de la population et du taux d'inflation. La structure des dépenses a été maintenue entre 2007 et 2011. A ce niveau, les passages nécessaires ont été définis entre la nomenclature de l'INS et celle des CNS pour faire la conversion des données des ménages en données CNS.

II.8.3 Dépenses des Partenaires techniques et financiers.

Les données des Partenaires Techniques et Financiers collectées auprès de quelques-uns d'entre eux ont été complétées par des données captées dans différents rapports et études ainsi que les sources de financement des ONG et de l'Administration qui sont les potentiels tuyaux des ressources des PTFs.

II.8.4 Estimation des dépenses des Employeurs, Assurances et ONGs.

Les données des ONG ont été importées dans l'outil et les pondérations nécessaires ont été faites sur la base de l'appariement selon la dépense de santé. Les données des employeurs ainsi que celles des assurances ont été traitées de la même façon. Elles ont été respectivement pondérées suivant le nombre d'employés à plein temps et le nombre de compagnie.

Quant aux autres données collectées auprès des prestataires notamment privés, elles ont servi à faire les croisements nécessaires afin de développer des clés de répartitions nécessaires à la ventilation des données.

II.9 DIFFICULTES DE L'ETUDE

De manière générale, la plus grosse difficulté a été liée à la collecte des informations ; le niveau de difficulté variant d'un acteur à un autre. Si pour les acteurs publics la difficulté a résidé au niveau de la disponibilité des documents comptables et rapports annuels d'activités ; pour le secteur privé elle s'est située au niveau de la rétention d'informations et la réticence ou encore la non coopération desdits acteurs. Certains syndicats professionnels ont refusé clairement de coopérer. Toutes ces difficultés sont liées entre autres à la faiblesse des systèmes d'archivage et de comptabilité dans ces structures.

Par ailleurs, la coïncidence de la période de collecte des données avec celle des grandes activités au sein des structures a eu une incidence sur la durée des opérations de collecte. A cela s'ajoute l'indisponibilité des responsables ou des personnes chargées de fournir les informations au sein de ces structures. Tout ceci a entrainé une rallonge des délais prévus pour la collecte des données.

Au plan technique, la différence entre les outils de collecté utilisés sur le terrain et les questionnaires préconçus dans l'outil d'analyse a posé beaucoup de difficultés lors de l'analyse. Il a fallu définir des passages entre ces différents outils.

II.10 LIMITES DE L'ETUDE

Lors de l'élaboration des CNS 2011, les limites suivantes ont été relevées :

- Le faible taux de couverture de certaines unités statistiques observées a entrainé la sous-estimation des dépenses de santé de manière générale et de celles de ces unités en particulier. C'est notamment le cas des Partenaires Techniques et Financiers, des pharmacies avec un taux de couverture respectivement de 34% et 35%. Si les données partielles collectées auprès des prestataires privés comme les pharmacies ont permis de faire les extrapolations nécessaires sur

la base des appariements, cela n'a pas été le cas pour les Partenaires Techniques et Financiers entrainant ainsi une sous-estimation des dépenses des PTFs dans le système de santé au Cameroun. Ce faible taux de réponse chez les PTF a entrainé une sous estimation des dépenses liées au VIH/SIDA.

- la différence de format entre les documents comptables des structures enquêtées et les outils de collecte utilisés n'a pas permis d'avoir les informations avec un niveau de détail avancé. c'est le cas des dépenses d'investissement.

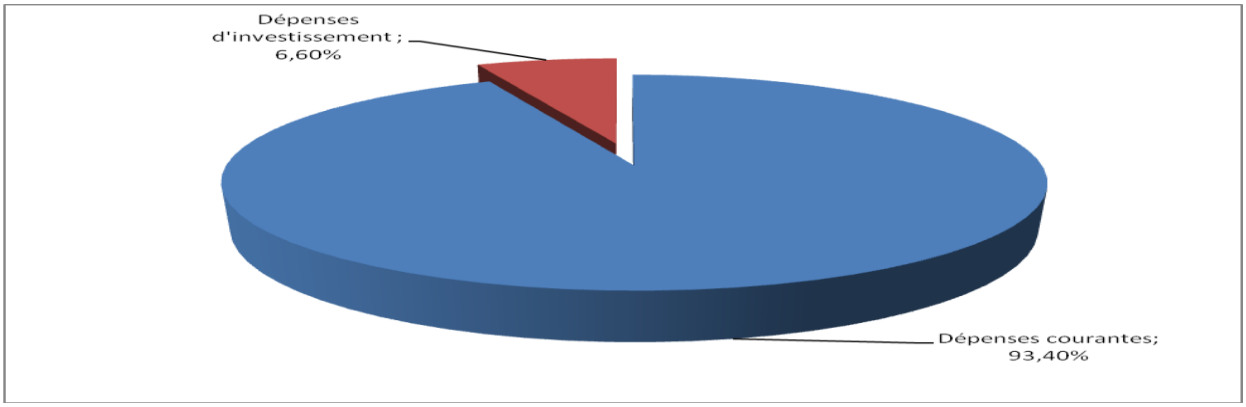
CHAPITRE III : RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE

III.1 STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU CAMEROUN

III.1.1 Volume de financement de la santé

La dépense totale en santé est évaluée à 503 984 766 903 FCFA repartie comme suit : 470 511 940 205 FCFA représentant la dépense courante en santé (DCS), soit 93,4% et celle des dépenses d'investissement (la formation brute du capital) 33 472 826 698 FCFA, soit 6,7%.

Graphique III. 1 : Répartition des dépenses de santé par nature



III.1.2 Dépenses courantes de santé par recette des régimes de financement

En 2011, les ménages constituent la principale source de financement des dépenses en santé avec une contribution de 52,2%. Les dépenses en santé du Gouvernement et les fonds du reste du monde représentent respectivement 32,9% et 14,4% des dépenses courantes en santé.

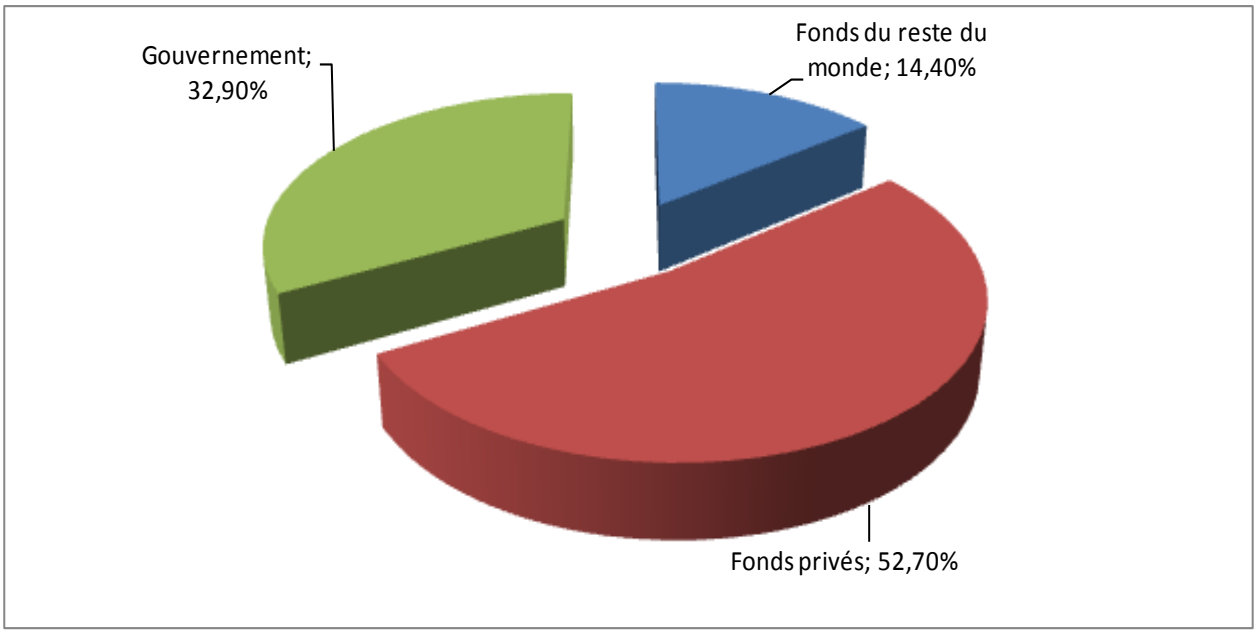
Tableau III. 1: Répartition des dépenses en santé par source de financement.

SOURCE DE FINANCEMENT	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
Gouvernement	154 893 846 738	32,9
Ménages	245 532 963 388	52,2
Fonds des employeurs	2 346 347 720	0,5
ONG nationales	113 700 958	0,0
Fonds du reste du monde	67 608 026 866	14,4
Autres revenus nationaux	17 054 536	0,0
TOTAL	**470 511 940 205**	**100,0**

Les fonds privés sont constitués essentiellement des ressources : des ménages (52,2%), des entreprises (0,50%), des ONG nationales (0,024%) et d'autres revenus nationaux non classés ailleurs (0,004%).

Les fonds du reste du monde se composent des transferts financiers directs étrangers (50,7 milliards FCFA, soit 11,8%), des transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration publique (12,2 milliards de FCFA, soit 2,6%) et en très faible proportion de l'aide directe étrangère en nature (21,2 millions de FCFA, soit 0,005%).

Graphique III. 2 : Répartition du financement de la santé par type de source



Selon les recettes des régimes de financement des dépenses de santé, c'est toujours les autres revenus venant des ménages qui constituent la principale (51,4 %) recette des régimes de financement des dépenses de santé au Cameroun en 2011. Ensuite, les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé), suivis des transferts financiers directs étrangers constituent respectivement la deuxième (32,9 %) et la troisième (10,8 %) recette des régimes de financement des dépenses de santé au Cameroun en 2011.

Tableau III. 2 : Répartition des dépenses de santé par recette des régimes de financement

Code	RECETTE DES REGIMES DE FINANCEMENT	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	154 893 846 738	32,9
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	12 205 848 416	2,6
FS.5.1	Prépaiement volontaire venant des individus/des ménages	3 486 271 237	0,7
FS.5.2	Prépaiement volontaire venant des employeurs	983 296 229	0,2
FS.5.3	Autres prépaiements volontaires	11 883 536	0,0
FS.6.1	Autres revenus venant des ménages n.c.a.	242 046 692 151	51,4
FS.6.2	Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1 363 051 491	0,3
FS.6.3	Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	113 700 958	0,0
FS.6.nec	Différents autres revenus nationaux (n.c.a.)	5 171 000	0,0
FS.7.1	Transferts financiers directs étrangers	50 744 333 839	10,8
FS.7.2	Aide directe étrangère en nature	21 245 755	0,0
FS.7.3	Autres transferts directs étrangers (n.c.a.)	4 636 252 028	1,0
FS.nec	Autres recettes (n.c.a.)	346 827	0,0
Montant total		**470 511 940 205**	**100,0**

III.1.3 Dépenses courantes de santé par régime de financement

En 2011, 51,4% des dépenses en santé ont été effectuées au travers des paiements directs des ménages. Les administrations publiques et les partenaires ont effectué respectivement 33,1% et 12,2% des dépenses courantes de santé. Le reste des financements soit 3,3 % a été effectué par les régimes des ONG, des entreprises et de l'assurance maladie volontaire. Ces résultats nous montrent que les contributions provenant des mécanismes de tiers payant (assurance maladie privée, mutuelle de santé) sont faibles, voire insignifiantes. En effet, seulement 1,2% des dépenses de santé ont été mobilisés par des mécanismes d'assurance maladie en 2011. Ceci pourrait se justifier par l'absence d'une politique nationale en matière de couverture universelle.

Tableau III. 3 : Répartition des dépenses courantes de santé par régime de financement

Code	REGIMES DE FINANCEMENT	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HF.1	Régimes des Administrations Publiques	155 708 713 408	33,1
HF.2.1	Régimes d'assurance maladie volontaire	5 661 267 890	1,2
HF.2.2.1	Régime de financement des ONG	8 473 633 264	1,8
HF.2.3	Régime de financement des Entreprises	1 362 854 942	0,3
HF.3	Paiement direct des ménages	242 040 344 807	51,4
HF.4	Régime de financement du Reste du Monde	57 265 125 894	12,2
Montant total		**470 511 940 205**	**100**

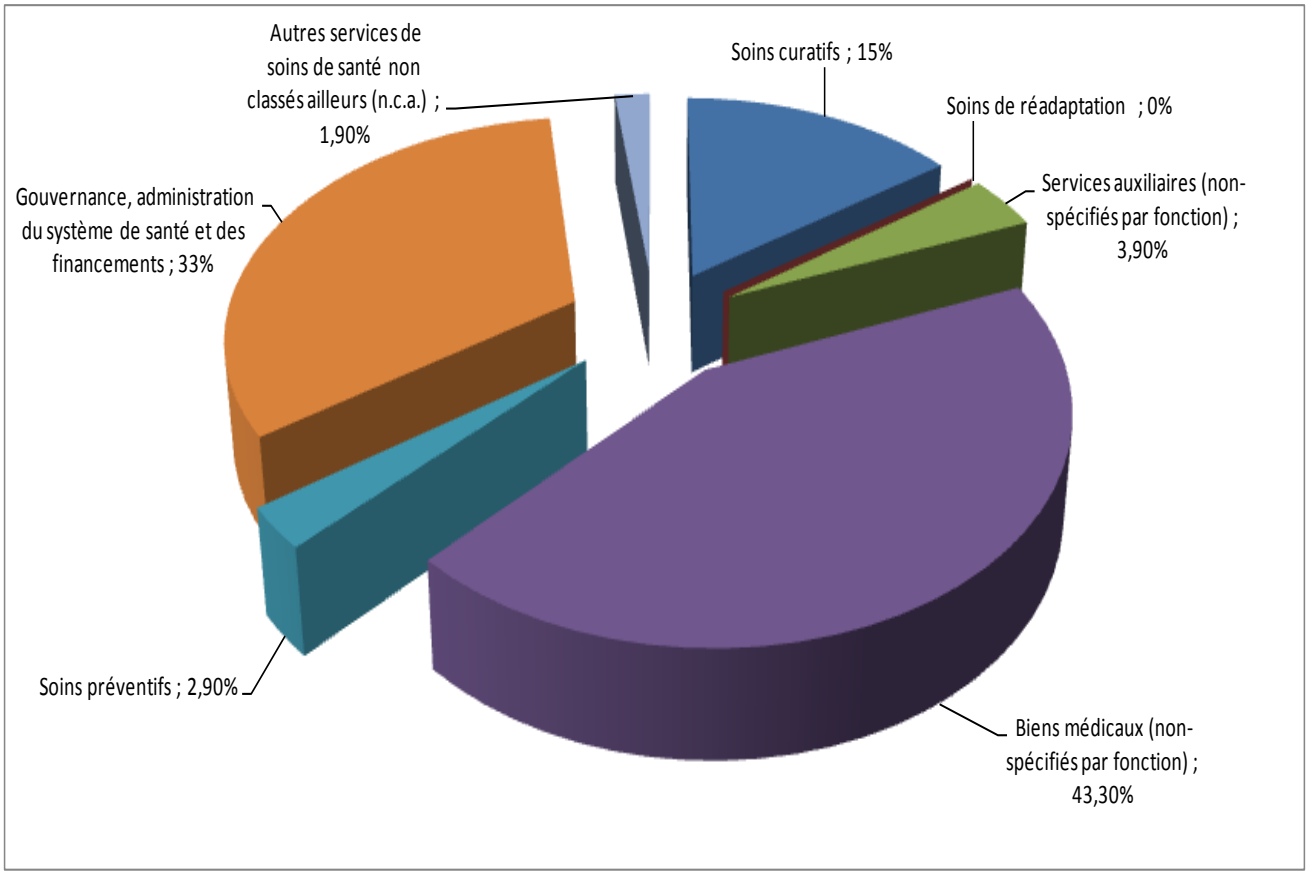
III.1.4 Dépenses courantes de santé par Fonctions de soins de santé

La part des dépenses allouées par fonctions de soins de santé représente 43,3% pour les biens médicaux dont 39,9% destinés aux produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables. Les dépenses de gouvernance, d'administration du système de santé et de financement représentent 33,0% et celles des soins curatifs 15,0% des dépenses courantes en santé.

Les soins préventifs constituent seulement 2,9% des dépenses courantes en santé alors que celles relatives aux soins de réadaptation est de 0,02%, ce qui traduit un faible niveau de l'offre des soins de réadaptation.

Notons que les dépenses pour l'achat des vaccins sont comptabilisées dans la rubrique des biens médicaux et non dans les soins préventifs.

Graphique III. 3 : Répartition des dépenses de santé par fonction de soins de santé



Cette ventilation des dépenses courantes en santé par grande fonction de santé cache des disparités entre les sous fonctions.

Tableau III. 4 : Répartition des dépenses courantes de santé par différents niveau de fonction de soins de santé

Code	FONCTION DE SANTE	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HC.1	**Soins curatifs**	**70 608 838 643**	**15,0**
HC.1.1	Soins curatifs hospitaliers	39 488 544 261	8,4
HC.1.3	Soins curatifs ambulatoires	30 178 662 175	6,4
HC.1.4	Soins curatifs à domicile	896 887 619	0,2
HC.1.nec	Autres soins curatifs (n.c.a.)	44 744 588	0,0
HC.2	**Soins de réadaptation**	**107 439 159**	**0,0**
HC.2.1	Soins de réadaptation hospitaliers	107 439 159	0,0
HC.4	**Services auxiliaires (non-spécifiés par fonction)**	**18 511 656 582**	**3,9**
HC.4.1	Services de laboratoire d'analyses médicales	9 476 147 736	2,0
HC.4.2	Services d'imagerie	7 351 207 651	1,6
HC.4.3	Transport de patient	1 684 301 195	0,4
HC.5	**Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)**	**203 625 290 148**	**43,3**
HC.5.1	Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables	187 836 849 736	39,9
HC.5.2	Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux	68 712 555	0,0
HC.5.nec	Autres biens médicaux (n.c.a.)	15 719 727 857	3,3
HC.6	**Soins préventifs**	**13 635 707 965**	**2,9**
HC.6.1	Programmes d'information, d'éducation et de conseil	2 041 750 744	0,4
HC.6.2	Programmes de vaccination	6 181 945 864	1,3
HC.6.3	Programmes de détection précoce de maladie	19 121 990	0,0
HC.6.4	Programme de suivi de l'état de santé	810 027 682	0,2
HC.6.5	Surveillance épidémiologique et programmes de lutte contre le risque et la maladie	2 952 805 592	0,6
HC.6.6	Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence	1 630 056 093	0,4
HC.7	**Gouvernance, administration du système de santé et des financements**	**155 307 238 965**	**33,0**
HC.7.1	Gouvernance et administration du système de santé	143 595 885 715	30,5
HC.7.2	Administration du financement de la santé	11 711 353 250	2,5
HC.9	**Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)**	**8 715 768 743**	**1,9**
Montant total		**470 511 940 205**	**100,0**

III.1.5 Dépenses courantes de santé par type de prestataire

Les dépenses de santé effectuées auprès des prestataires de services administratifs et de financement du système de santé représentent 34, 7% des dépenses courantes tandis que celles des détaillants et autres prestataires de biens médicaux, des hôpitaux et prestataires de soins de santé ambulatoire sont respectivement de 34,8%, 11,6% et 7,3%. Les Prestataires de services auxiliaires et les Prestataires de soins préventifs quant à eux enregistrent 3,8% et 3,9% des dépenses courantes. On constate que 22,6% de ces dépenses ont été effectuées auprès des pharmacies et 34% auprès des agences étatiques de l'administration de la santé.

Tableau III. 5: Répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataires

Code	PRESTATAIRES	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HP.1	**Hôpitaux**	**54 631 591 781**	**11,6**
HP.1.1	Hôpitaux généraux	54 630 195 081	11,6
HP.1.nec	Autres hôpitaux (n.c.a.)	1 396 700	0,0
HP.3	**Prestataires de soins de santé ambulatoire**	**34 383 181 343**	**7,3**
HP.3.1	Cabinets médicaux	1 708 945 086	0,4
HP.3.2	Cabinet dentaire	573 865 061	0,1
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires	31 968 492 607	6,8
HP.3.nec	Autres prestataires de soins de santé ambulatoire (n.c.a.)	131 878 589	0,0
HP.4	**Prestataires de services auxiliaires**	**17 657 084 159**	**3,8**
HP.4.2	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	17 657 084 159	3,8
HP.5	**Détaillants et autres prestataires de biens médicaux**	**164 056 972 426**	**34,9**
HP.5.1	Pharmacies	123 366 192 759	26,2
HP.5.2	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	7 364 538	0,0
HP.5.9	Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	40 683 415 129	8,7
HP.6	**Prestataires de soins préventifs**	**18 469 012 372**	**3,9**
HP.7	**Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé**	**163 090 304 621**	**34,7**
HP.7.1	Agences étatiques de l'administration de la santé	160 281 109 348	34,1
HP.7.9	Autres agences administratives	2 809 195 273	0,6
HP.8	**Reste de l'économie**	**5 070 000**	**0,0**
HP.8.3	Agents de santé communautaires (ou travailleurs de santé communautaires, agents de santé des villages, etc.)	5 070 000	0,0
HP.9	**Reste du monde**	**2 966 999 929**	**0,6**
HP.nec	**Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)**	**15 251 723 574**	**3,2**
Montant total		**470 511 940 205**	**100,0**

III.1.6 Dépenses courantes de santé par facteurs de prestation

Les équipements et services et la rémunération du personnel sont les facteurs de prestation les plus utilisés avec respectivement 64, 9% et 28 %. La rémunération des professionnels de santé constitue quant à elle seulement 1,2% des dépenses courantes de santé.

Tableau III. 6 : Répartition des dépenses courantes de santé par facteurs de prestation

Code	FACTEURS DE PRESTATION	MONTANT (FCFA)	POURCENTAGE (%)
FP.1	**Rémunération des employés**	**131 738 123 132**	**28,0**
FP.1.1	Traitements et salaires	112 605 213 885	23,9
FP.1.2	Cotisations sociales	1 681 104 519	0,4
FP.1.3	Tous autres coûts relatifs aux employés	17 451 804 728	3,7
FP.2	**Rémunération des professionnels particuliers**	**5 517 192 454**	**1,2**
FP.3	**Equipements et services utilisés**	**305 522 409 179**	**64,9**
FP.3.1	Services de soins de santé	3 565 982 239	0,8
FP.3.2	Biens de santé	192 756 432 736	41,0
FP.3.3	Services non sanitaires	46 574 206 590	9,9
FP.3.4	Biens non sanitaire	62 625 787 614	13,3
FP.4	**Consommation du capital fixe**	**1 261 725 671**	**0,3**
FP.5	**Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)**	**7 434 457 529**	**1,6**
FP.5.1	Impôts	286 625 340	0,1
FP.5.2	Autres rubriques de dépenses	7 147 832 189	1,5
FP.nec	**Autres facteurs de prestation de soins de santé (n.c.a.)**	**19 038 032 241**	**4,1**
Montant total		**470 511 940 205**	**100,0**

III.1.7 Dépenses de capital au Cameroun en 2011

Le montant total des dépenses d'investissement se chiffre à près de 33,5 milliards de FCFA. Ces investissements effectués dans le domaine de la santé ont porté essentiellement sur les infrastructures (44,3%) et l'achat de machines et équipements (51,3%).

Tableau III. 7 : Répartition des dépenses de capital

Code	Description	Montant en FCFA	%
HK.1.1.1	Infrastructures	14 813 315 562	44,3%
HK.1.1.2	Machines et équipements	17 172 861 529	51,3%
HK.1.1.3	Produits de la propriété intellectuelle (Logiciels et bases de données informatiques, Etudes)	1 138 323 025	3,4%
HK.R.4	*Recherche et développement en santé*	-	0,0%
HK.R.5	*Education et formation du personnel de santé*	*348 326 581*	1,0%
TOTAL		**33 472 826 697**	100,0%

III.2 ANALYSE CROISEE DU FINANCEMENT GLOBAL DE LA SANTE

III.2.1 Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Régime de financement

Globalement en 2011, 33,1% des dépenses courantes de santé ont été faite au travers des régimes de l'administration publique et autres régimes contributifs obligatoires de financement de la santé ; 51,4% par les régimes de paiements directs des ménages, 12,2% par les régimes de financement du reste du monde (non-résidents) le reste soit 3,3% a été dépensé par les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé.

En 2011, les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé sont évalués à 154,9 milliards FCFA dont 149,8 milliards FCFA ont été dépensés à travers les mécanismes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé et 5,1 milliards FCFA ont été dépensés au travers des Régimes volontaires de paiement privé des soins de santé.

En ce qui concerne les Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique, 5,8 milliards FCFA ont été dépensés par les Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé et, 6,4 milliards FCFA par les régimes de financement du reste du monde un montant total de sur un montant total de 12,2 milliards FCFA.

Les financements extérieurs chiffrés à 67,6 milliards FCFA ont été dépensés au travers : des Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé, des régimes volontaires de paiement privé des soins de santé et des régimes de financement du reste du monde respectivement à hauteur de 6 milliards FCFA, 4,4 milliards FCFA et 57,2 milliards FCFA.

Tableau III. 8 : Dépenses courantes de santé par recettes de régime de financement et Régime de financement

RECETTES DE REGIME DE FINANCEMENT (FS)		Régimes de financement (HF)				MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE FS (%)
		HF.1	HF.2	HF.3	HF.4		
		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)		
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	149 805 722 805	5 088 123 933	-	-	154 893 846 738	32,9
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	5 848 646 182	-	-	6 357 202 234	12 205 848 416	2,6
FS.5	Prépaiement volontaire	-	4 481 451 002	-	-	4 481 451 002	1,0
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	6 242 779	1 482 028 014	242 040 344 807	-	243 528 615 600	51,8
FS.7	Transferts directs étrangers	47 754 814	4 446 153 147	-	50 907 923 660	55 401 831 622	11,8
FS.nec	Autres recettes (n.c.a.)	346 827	-	-	-	346 827	0,0
MONTANT TOTAL (FCFA)		155 708 713 408	15 497 756 096	242 040 344 807	57 265 125 894	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		33,1	3,3	51,4	12,2	//	**100,0**

III.2.2 Dépenses courantes de santé par Recette des régimes de Financement et par Prestataires

Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé ont été effectués pour l'essentiel aux prestataires de services administratifs et de financement du système de santé. Il est de même pour les transferts directs étrangers dont le montant alloué aux prestataires de services administratifs et de financement de la santé se chiffre à 30,4 milliards FCFA sur un montant total de 55,4 milliards FCFA.

Il convient ici de relever que les prestataires des soins de santé (détaillants et autres prestataires de bien médicaux) bénéficient d'une dépense de 164,1 milliards FCFA faite essentiellement par les autres revenus nationaux dont principalement les ménages.

Par ailleurs, on constate que les autres revenus non classés ailleurs ont dépensé 51, 89% de leurs ressources pour l'achat des prestations de soins de santé dont 67% et 14% orientés respectivement vers Détaillants et autres prestataires de biens médicaux et les hôpitaux.

Tableau III. 9 : Dépenses courantes de santé par Recette des régimes de Financement et par Prestataires

PRESTATAIRES		RECETTE DES REGIMES DE FINANCEMENT						MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		FS.1	FS.2	FS.5	FS.6	FS.7	FS.nec		
		Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Prépaiement volontaire	Autres revenus nationaux n.c.a.	Transferts directs étrangers	Autres recettes (n.c.a.)		
HP.1	Hôpitaux	13 094 042 490	3 439 250 000	2 693 166 748	34 272 551 422	1 132 511 756	69 365	54 631 591 781	11,6
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	12 142 385 915	-	678 661 871	20 290 627 599	1 271 228 496	277 462	34 383 181 343	7,3
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	-	-	532 618 744	17 067 549 760	56 915 655	-	17 657 084 159	3,8
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	-	-	355 079 163	163 701 893 263	-	-	164 056 972 426	34,9
HP.6	Prestataires de soins préventifs	2 277 624 679		-	-	16 191 387 693		18 469 012 372	3,9
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	123 910 568 353	8 766 598 416	-	4 550 400	30 408 587 451	-	163 090 304 621	34,7
HP.8	Reste de l'économie	5 070 000	-	-	-	-	-	5 070 000	0,0
HP.9	Reste du monde	2 745 075 452		221 924 477	-	-		2 966 999 929	0,6
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	719 079 849		-	8 191 443 155	6 341 200 570		15 251 723 574	3,2
MONTANT TOTAL (FCFA)		154 893 846 738	12 205 848 416	4 481 451 002	243 528 615 600	55 401 831 622	346 827	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		32,9	2,6	1,0	51,8	11,8	0,0	//	**100,0**

III.2.3 Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Fonction soins de santé

Les dépenses pour la gouvernance, l'administration du système de santé, chiffrées à 155,3 milliards FCFA ont été financées principalement par les revenus de l'administration publique.

Les dépenses pour les biens médicaux estimées à 203,7 milliards FCFA ont été essentiellement financées par les fonds privés des ménages, des entreprises et des ONGs nationales (161,4 milliards FCFA) ; les transferts directs étrangers (32,3 milliards FCFA) et l'administration publique (8,7 milliards FCFA).

L'on constate également que les soins préventifs ont été essentiellement financés par les fonds de l'administration publique (5,9 milliards FCFA) et les fonds extérieurs (7 milliards FCFA). Par contre, les ménages qui sont le plus grand financeur de la santé n'y accordent pas beaucoup d'attention (50,8 millions FCFA).

Tableau III. 10 : Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Fonction soins de santé

FONCTIONS DES SOINS DE SANTE		RECETTE DES REGIMES DE FINANCEMENT						MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		FS.1	FS.2	FS.5	FS.6	FS.7	FS.nec		
		Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	Prépaiement volontaire	Autres revenus nationaux n.c.a.	Transferts directs étrangers	Autres recettes (n.c.a.)		
HC.1	Soins curatifs	3 728 925 065	-	3 772 716 103	61 436 807 057	1 670 043 590	346 827	70 608 838 643	15,0
HC.2	Soins de réadaptation	-	-	-	-	107 439 159	-	107 439 159	0,0
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	638 037 940	-	665 773 430	17 085 631 083	122 214 129	-	18 511 656 582	3,9
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	8 719 052 698	665 444 815	-	161 942 484 059	32 298 308 575	-	203 625 290 148	43,3
HC.6	Soins préventifs	5 891 577 187	611 471 375	17 184 588	50 862 909	7 064 611 906	-	13 635 707 965	2,9
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	135 830 762 572	10 928 932 226	25 776 881	95 508 763	8 426 258 523	-	155 307 238 965	33,0
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	85 491 275		-	2 917 321 728	5 712 955 739		8 715 768 743	1,9
MONTANT TOTAL (FCFA)		154 893 846 738	12 205 848 416	4 481 451 002	243 528 615 600	55 401 831 622	346 827	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		32,9%	2,6%	1,0%	51,8%	11,8%	0,0%	//	**100,0**

III.2.4 Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Facteur de prestation

La structure des transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé montre que près de 95% de ces transferts ont servi à la rémunération des employés (44,3%).

Par contre les équipements et services utilisés ont été financés en grande partie par les fonds issus des ménages (61%) et des transferts des revenus nationaux de l'administration publique (25%).

Tableau III. 11 : Dépenses courantes de santé par Recette de régime de financement et Facteurs de prestation

RECETTES DES REGIMES DE FINANCEMENT		FACTEURS DE PRESTATION						MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		FP.1	FP.2	FP.3	FP.4	FP.5	FP.nec		
		Rémunération des employés	Rémunération des professionnels particuliers	Equipements et services utilisés	Consommation du capital fixe	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	Autres facteurs de prestation de soins de santé (n.c.a.)		
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	68 655 723 826	862 368 783	77 702 416 818	481 689 521	2 690 927 378	4 500 720 411	154 893 846 738	32,9
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	3 722 607 462	211 732 310	8 247 469 371		24 039 273		12 205 848 416	2,6
FS.5	Prépaiement volontaire	1 734 080 374	633 229 696	172 101 669	779 256 150	1 136 783 113	26 000 000	4 481 451 002	1,0
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	53 528 289 121	480 000	186 398 975 143	780 000	3 570 876 936	29 214 400	243 528 615 600	51,8
FS.7	Transferts directs étrangers	4 097 075 523	3 809 381 664	33 001 446 177	0	11 830 828	14 482 097 430	55 401 831 622	11,8
FS.nec	Autres recettes (n.c.a.)	346 827		0		0		346 827	0,0
MONTANT TOTAL (FCFA)		131 738 123 132	5 517 192 454	305 522 409 179	1 261 725 671	7 434 457 529	19 038 032 241	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		28,0	1,2	64,9	0,3	1,6	4,0	//	**100,0**

III.2.5 Dépenses courantes de santé par Fonction de soins de santé et Prestataire de soins

Près de 85% des dépenses pour les soins curatifs sont effectuées en milieu hospitalier et en ambulatoire contre 11% pour les autres prestataires de soins de santé (n.c.a.) et 1% respectivement pour les Prestataires de services auxiliaires, les Prestataires de soins préventifs, les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé et le Reste du monde.

Par ailleurs, 79% des dépenses pour l'acquisition des biens médicaux ont été financées par les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux alors que celles des soins préventifs ont été globalement financées à hauteur de 2,9% par l'ensemble des prestataires de soins de santé. En outre, 83% des dépenses de Gouvernance, d'administration du système de santé et des financements ont été effectuées par les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé.

Tableau III. 12 : Dépenses courantes de santé par Fonction de soins de santé et Prestataires de soins de santé

PRESTATAIRES		FONCTIONS DE SOINS							MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		HC.1	HC.2	HC.4	HC.5	HC.6	HC.7	HC.9		
		Soins curatifs	Soins de réadaptation	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	Soins préventifs	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)		
HP.1	Hôpitaux	38 243 227 786	-	405 242 898	2 031 259 108	1 827 138 058	12 057 687 583	67 036 348	54 631 591 781	11,6
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	21 761 386 781	-	476 688 199	1 885 699 127	3 447 629 240	6 796 036 412	15 741 583	34 383 181 343	7,3
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	452 725 932	-	17 149 243 829	30 838 211	6 115 119	-	18 161 069	17 657 084 159	3,8
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	301 817 288	-	53 261 874	161 479 248 341	-	-	2 222 644 922	164 056 972 426	34,9
HP.6	Prestataires de soins préventifs	557 846 499	-	8 669 078	7 114 464 069	3 482 177 758	6 852 193 192	453 661 776	18 469 012 372	3,9
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	417 792 876	-	23 947 377	28 839 817 495	3 346 474 695	129 063 943 768	1 398 328 410	163 090 304 621	34,7
HP.8	Reste de l'économie	-	-	-	-	2 028 000	3 042 000	-	5 070 000	0,0
HP.9	Reste du monde	1 012 158 441	-	307 796 217	1 647 045 271	-	-		2 966 999 929	0,6
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	7 861 883 040	107 439 159	86 807 111	596 918 525	1 524 145 095	534 336 010	4 540 194 634	15 251 723 574	3,2
MONTANT TOTAL (FCFA)		70 608 838 643	107 439 159	18 511 656 582	203 625 290 148	13 635 707 965	155 307 238 965	8 715 768 743	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		15,0	0,0	3,9	43,3	2,9	33,0	1,9	//	**100,0**

III.2.6 Dépenses courantes de santé par régime de financement et par Fonction de soins de santé

Environ 86% des dépenses pour les soins curatifs sont financées par les mécanismes de paiements directs des ménages. Les soins de réadaptation ont été exclusivement financés par le régime volontaire de paiement privé des soins de santé. En outre 92% (respectivement 79%) des dépenses pour les Services auxiliaires (respectivement pour les Biens médicaux) proviennent également des régimes de Paiement direct des ménages. Les dépenses de Gouvernance et d'administration ont été essentiellement financées par les Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (89%). Par ailleurs les soins de réadaptation ont été exclusivement par les Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé.

Tableau III. 13 : Dépenses courantes de santé par Régime de financement et Prestataires de soins de santé

FONCTIONS DES SOINS DE SANTE		REGIMES DE FINANCEMENT				MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		HF.1	HF.2	HF.3	HF.4		
		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)		
HC.1	Soins curatifs	3 729 514 672	4 665 552 554	60 577 901 077	1 635 870 341	70 608 838 643	15,0
HC.2	Soins de réadaptation	-	107 439 159	-	-	107 439 159	0,1
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	638 037 940	756 064 056	17 065 873 660	51 680 925	18 511 656 582	3,9
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	8 772 807 512	993 078 132	161 479 248 341	32 380 156 163	203 625 290 148	43,3
HC.6	Soins préventifs	3 856 327 614	4 751 760 155	-	5 027 620 196	13 635 707 965	2,9
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	138 626 534 394	3 222 388 135	-	13 458 316 437	155 307 238 965	33,0
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	85 491 275	1 001 473 906	2 917 321 728	4 711 481 834	8 715 768 743	1,9
MONTANT TOTAL (FCFA)		155 708 713 408	15 497 756 096	242 040 344 807	57 265 125 894	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		33,1	3,3	51,4	12,2	//	**100,0**

III.2.7 Dépenses courantes de santé par Régime de financement et Prestataire de soins

Environ 77,5% des dépenses des Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé ont été effectuées par les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé. 61,3% des dépenses des Hôpitaux ont été effectuées via les paiements directs des ménages. Les paiements directs des ménages constituent le principal mécanisme de financement des dépenses de santé chez les prestataires de soins ambulatoires (57,1%), les Prestataires de services auxiliaires (96,7%), ainsi que les Détaillants et autres prestataires de biens médicaux (99,8%).

Tableau III. 14 : Dépenses courantes de santé par Prestataire et Régimes de financement

PRESTATAIRES		REGIMES DE FINANCEMENT				MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
		HF.1	HF.2	HF.3	HF.4		
		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	Paiement direct des ménages	Régimes de financement du reste du monde (non résidents)		
HP.1	Hôpitaux	12 982 340 666	7 152 900 453	33 463 326 908	1 033 023 753	54 631 591 781	11,6
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	10 619 347 953	3 621 306 130	19 617 807 820	524 719 440	34 383 181 343	7,3
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	0	539 529 573	17 065 873 660	51 680 925	17 657 084 159	3,8
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	0	355 079 163	163 701 893 263	0	164 056 972 426	34,9
HP.6	Prestataires de soins préventifs	2 325 379 493	49 323 246	0	16 094 309 632	18 469 012 372	3,9
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	126 317 489 995	1 456 513 123	0	35 316 301 503	163 090 304 621	34,7
HP.8	Reste de l'économie	0	5 070 000	0	0	5 070 000	0,0
HP.9	Reste du monde	2 745 075 452	221 924 477	0	0	2 966 999 929	0,6
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	719 079 849	2 096 109 930	8 191 443 155	4 245 090 640	15 251 723 574	3,2
MONTANT TOTAL (FCFA)		155 708 713 408	15 497 756 096	242 040 344 807	57 265 125 894	**470 511 940 205**	//
POURCENTAGE (%)		33,1	3,3	51,4	12,2	//	**100,0**

III.3 ANALYSE SECTORIELLE DU FINANCEMENT DE LA SANTE AU CAMEROUN

III.3.1 Financement public de la santé au Cameroun

a) Les ressources publiques allouées à la santé

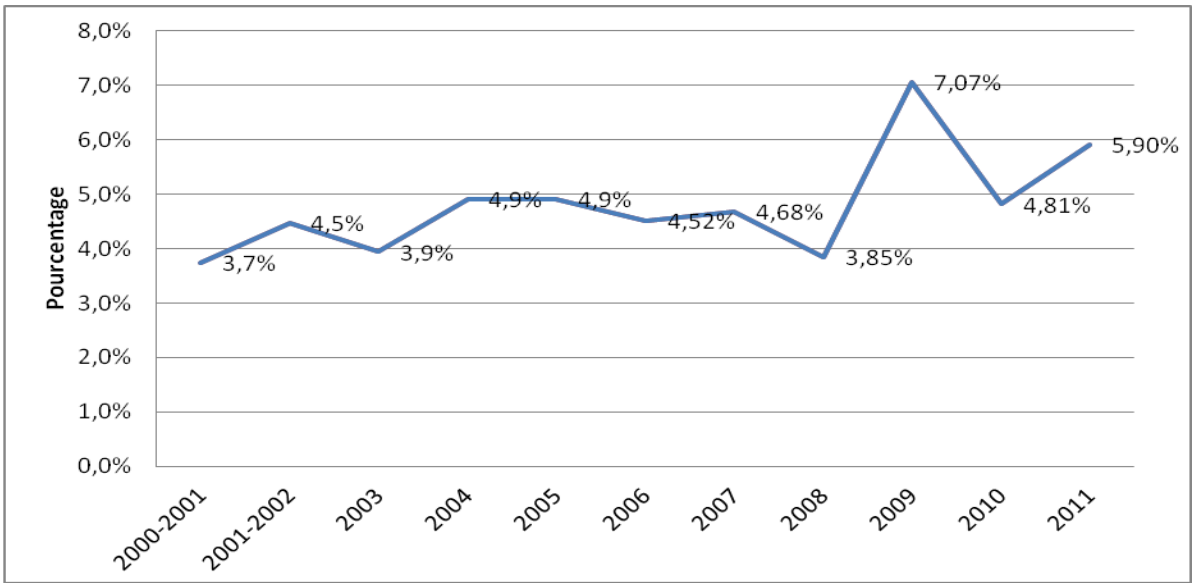
Les ressources publiques allouées à la santé sont mesurées à partir des allocations budgétaires du Ministère de la Santé Publique et de celles des administrations apparentées intervenant dans la santé (Ministère de la défense, Ministère de l'Enseignement supérieur,…).

Un regard rétrospectif sur les allocations budgétaires de l'Etat du Cameroun sur la dernière décennie permet de constater que la part du budget du Ministère de la Santé dans le Budget Général de l'Etat a atteint son plus haut niveau (7,1%) en 2009 avant de revenir à son niveau du début des années 2000. Il s'établi généralement autour de 4%.

Par contre, l'allocation budgétaire au secteur santé qui se veut être nettement supérieur à celle du MINSANTE a connu son plus haut niveau (7,2%) en 2011. La tendance générale sur ces dix dernières années montrent une croissance du budget de l'Etat alloué à la santé.

Toutefois, au regard des engagements pris par le Gouvernement du Cameroun (initiative d'Abuja en 2001), ces chiffres appellent à des efforts supplémentaires de la part du Gouvernement pour atteindre la cible des 15%.

<u>Graphique III. 4 :</u> Evolution de la part du budget du MINSANTE dans le budget général de l'Etat.



b) Les dépenses publiques de santé

Les dépenses publiques en santé captées selon le SHA 2011 se subdivisent en dépenses courantes et en dépenses de capital ou d'investissement. Les dépenses publiques courantes en santé pour l'année 2011 se chiffrent à 154,9 milliards de FCFA tandis que les dépenses publiques d'investissement s'élèvent à 31,3 milliards de FCFA.

Plus de quatre cinquième (87,7%) des dépenses courantes de santé effectuées par l'Etat sont relatives à la gouvernance et administration du système de santé. Les biens médicaux et les soins préventifs constituent respectivement 5,6% et 3,8% de ces dépenses. Les soins curatifs constituent 2,4% de dépenses courantes en santé de l'Etat. Les services auxiliaires et les soins de réadaptation sont quasi inexistants.

Tableau III. 15 : Répartition des dépenses courantes de santé de l'Etat par fonction de santé en 2011.

Code	Fonctions de santé	Montant en FCFA	Pourcentage (%)
HC.1	Soins curatifs	3 728 925 065	2,4%
HC.2	Soins de réadaptation	-	0,0%
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	638 037 940	0,4%
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	8 719 052 698	5,6%
HC.6	Soins préventifs	5 891 577 187	3,8%
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	135 830 762 572	87,7%
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	85 491 275	0,1%
Montant Total		**154 893 846 738**	**100,0%**

III.3.2 Financement de la santé par les ménages au Cameroun

Les ménages constituent la principale source de financement (52,2%) des dépenses en santé au Cameroun en 2011.

Les biens médicaux constituent la plus grosse (65,8%) poche de dépense des ménages ; viennent ensuite les soins curatifs (25,9%) et les services auxiliaires (7,2%).

Tableau III. 16 : Répartition des dépenses en santé des ménages par fonction de santé.

Code	Fonctions des soins de santé	Montant Total	Pourcentage (%)
HC.1	Soins curatifs	63 544 878 972	25,9%
HC.2	Soins de réadaptation	-	0,0%
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	17 588 814 346	7,2%
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	161 480 748 341	65,8%
HC.6	Soins préventifs	480 000	0,0%
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	720 000	0,0%
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	2 917 321 728	1,2%
	Montant Total	**245 532 963 388**	**100,0%**

La structure des dépenses en santé des ménages par prestataire de santé n'est pas très différente de celle-ci-dessus. Les ménages dépensent le plus (66,8%) auprès des détaillants et autres prestataires de biens médicaux ; ensuite viennent les prestataires de soins curatifs avec respectivement 14,5% pour les Hôpitaux et 8,2% pour les prestataires de soins ambulatoires. 7,1% des dépenses sont effectuées auprès des prestataires de services auxiliaires.

Tableau III. 17 : Répartition des dépenses en santé des ménages par Prestataire de santé.

Code	Prestataires de soins de santé	Montant Total	Pourcentage (%)
HP.1	Hôpitaux	35 559 532 791	14,5%
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	20 142 652 709	8,2%
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	17 484 226 209	7,1%
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	163 980 794 962	66,8%
HP.6	Prestataires de soins préventifs	-	0,0%
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	-	0,0%
HP.8	Reste de l'économie	-	0,0%
HP.9	Reste du monde	174 313 562	0,07%
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	8 191 443 155	3,3%
Montant Total		**245 532 963 388**	**100,0%**

CHAPITRE IV : RESULTATS DES SOUS COMPTES DE SANTÉ

IV.1 RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE LA REPRODUCTION

IV.1.1 Aperçu sur la situation de la santé de reproduction au Cameroun

Les décès maternels représentent 22 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Les femmes courent un risque de 1 sur 25 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation. La mortalité maternelle était de 430 pour 100 000 naissances vivantes lors de la période 1991-1998. Elle est passée à 669 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 puis à 782 décès pour 100 000 naissances lors de la période 2004-2011. Il est estimé qu'environ 8 femmes sur 10 bénéficient d'au moins une consultation prénatale (CPN) tandis que 6 sur 10 bénéficient des 4 CPN recommandées et d'une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Cette situation varie considérablement entre les régions et selon que l'on se trouve en zone rurale ou urbaine.

A l'effet de contribuer à l'amélioration de la santé reproductive des populations en vue de l'atteinte des objectifs de la stratégie sectorielle de santé ainsi que ceux du millénaire pour le développement plus précisément les objectifs 4 et 5, des efforts ont été entrepris dans le cadre de la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile (CARMMA) au Cameroun (2011 – 2013). Elle vise la mise en œuvre d'actions novatrices afin de commencer à inverser la tendance des indicateurs dans le domaine, à consolider et pérenniser l'action en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Plus récemment, un Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infanto-Juvénile 2014-2018 (PNMLMMNI-J) a été créé avec pour objectif général d'accélérer de manière durable la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto – juvénile, sur l'ensemble du pays.

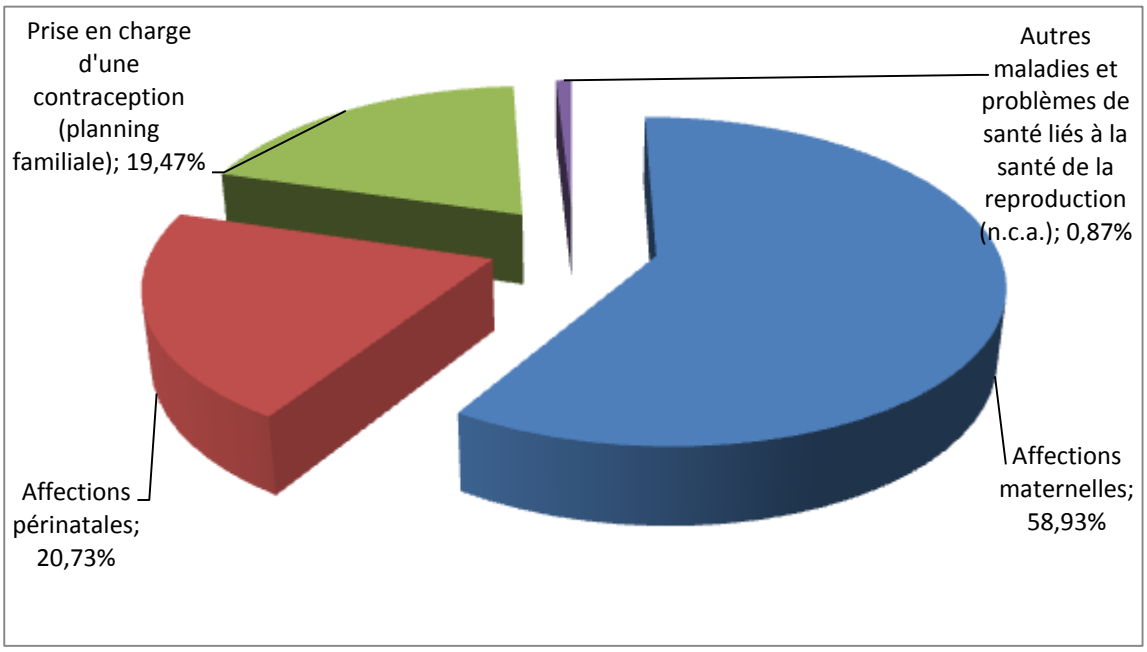
Dans l'optique de réduire la survenue du troisième retard, une stratégie de pré-positionnement des kits obstétricaux et secondairement la mise en place d'un système fonctionnel de référence pour réduire le second retard est développée. Cette stratégie est complémentaire à un renforcement du plateau technique en termes d'équipements et éventuellement une dotation en ambulance. Le volet renforcement des capacités du personnel sera assuré par le MINSANTE et ses partenaires au développement.

IV.1.2 Volume de financement des dépenses liées à la santé de reproduction

En 2011, la dépense courante de santé pour la Santé de la reproduction était équivalente à 28 438 833 574 FCFA soit environ 6,04% de la Dépense Courante de Santé.

Cette dépense rapportée à la population des femmes en âge de procréer (estimée à 4 722 510 en 2010) donne une dépense courante moyenne de santé de reproduction d'environ **6 022 F** par femme en âge de procréer pour l'année 2011. Il est possible que cette dépense par tête soit relativement plus faible au cas où la population de cette cible aurait connu un léger accroissement en 2011.

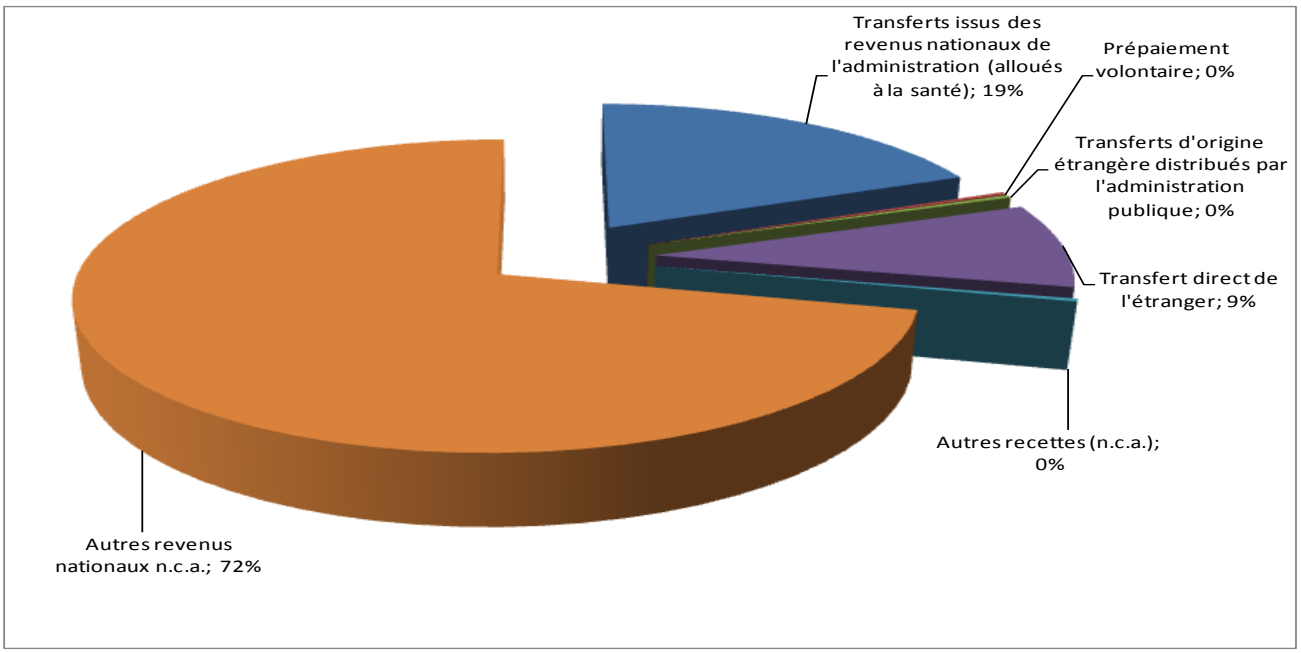
Graphique IV. 1 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par domaine



IV.1.3 Dépenses courantes liées à la santé de la reproduction par Recettes des régimes de financement

Les autres revenus nationaux (constitués des revenus des ménages, des entreprises, des ONGs nationales, …) constituent près de 72% des transferts mobilisés pour la santé de la reproduction. Il faut noter que la majeure partie (68,1%) de ces autres revenus nationaux provient des ménages. Les transferts issus des revenus nationaux de l'Administration publique et les transferts directs étrangers représentent respectivement 18,7% et 8,8% du montant des dépenses courantes pour la santé de la reproduction. Les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique (0,5%) et ceux issus du prépaiement volontaire (0,2%) sont à peine perceptibles.

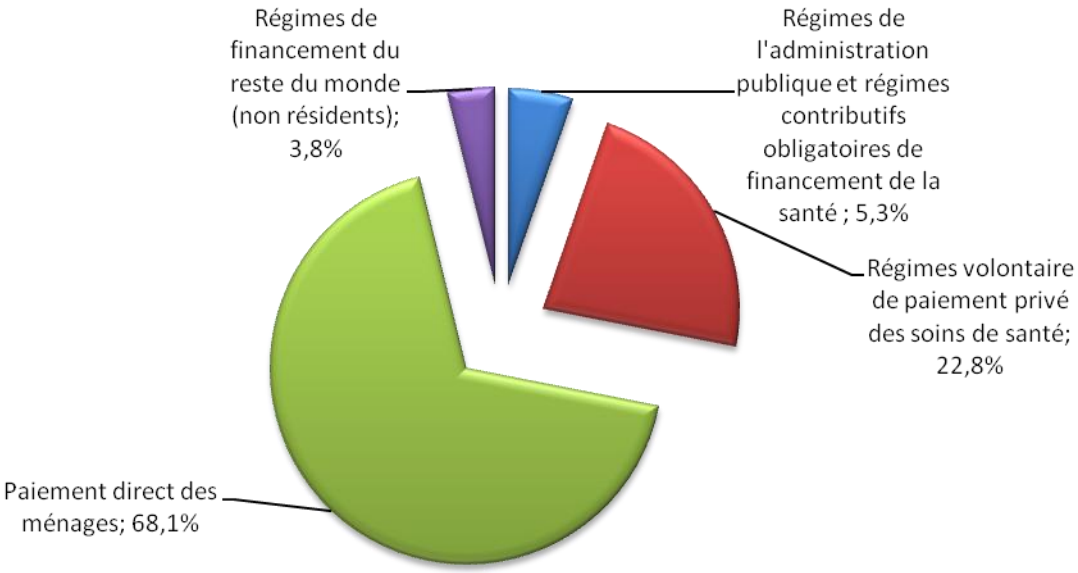
Graphique IV. 2 : **Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par recettes de régimes de financement**



IV.1.4 Dépenses courantes liées à la santé de la reproduction par régimes de financement (HF).

Les ménages à travers les paiements directs constituent le principal Régime de financement de la santé de reproduction. En effet ils contribuent à plus de 2/3 des dépenses de la santé de reproduction (68,0%). Le reste des dépenses se réparti comme suit : 22,8% pour les Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé, 5,3% pour les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé et enfin 3,8% pour les régimes de financement du reste du monde (non-résidents).

Graphique IV. 3 : **Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par régimes de financement**



IV.1.5 Dépenses courantes liées à la santé de reproduction par prestataires de soins

La distribution des dépenses de la santé de reproduction par type de prestataire en 2011 montre que les détaillants et autres fournisseurs de bien médicaux mobilisent près de la moitié, soit 46,0% des financements alloués aux prestations pour la santé de reproduction. Ils sont suivis par les hôpitaux (22%) et les prestataires de soins de santé ambulatoire (12,1%). Les dépenses cumulées des prestataires de services administratifs et financiers du système de soins de santé (8,6%), des prestataires de services auxiliaires (4,8%) et les autres prestataires de soins de santé (5,7%) représentent moins de 20% et celles des prestations de soins préventifs, du reste de l'économie et du reste du monde moins de 1%.

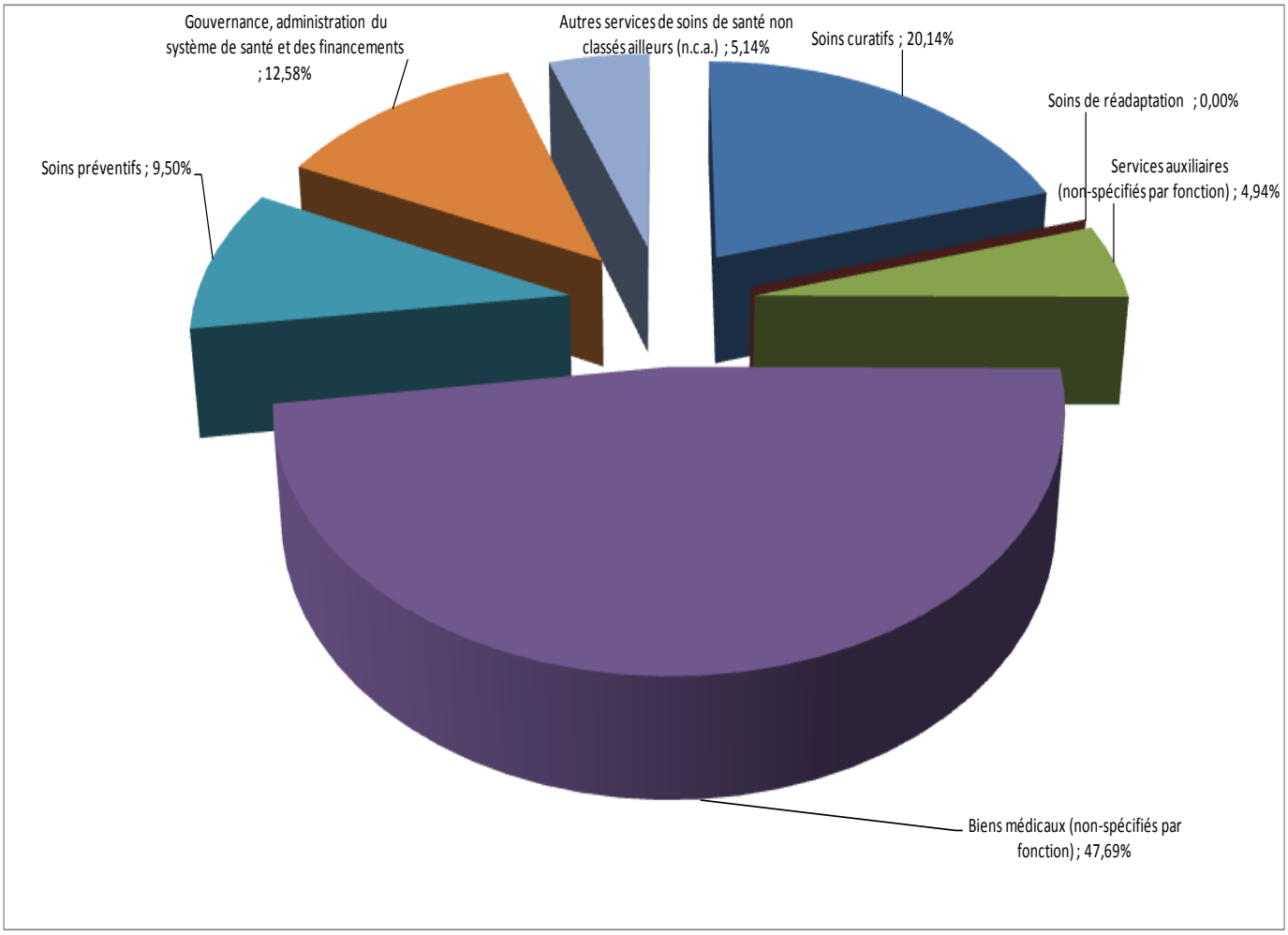
Tableau IV. 1 : Répartition des dépenses des prestations de soins pour la santé de reproduction et par domaines

PRESTATAIRES		REGIMES DE FINANCEMENT				MONTANT TOTAL (FCFA)
		DIS.2.1	DIS.2.2	DIS.2.3	DIS.2.nec	
		Affections maternelles	Affections périnatales	Prise en charge d'une contraception (planning familiale)	Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	
HP.1	Hôpitaux	3 817 728 214	694 271 633	1 738 342 530	-	6 250 342 378
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	2 102 905 723	467 994 124	857 956 190	-	3 428 856 036
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	853 293 683	341 317 473	170 658 737	-	1 365 269 893
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	8 185 094 663	3 274 037 865	1 637 018 933	-	13 096 151 461
HP.6	Prestataires de soins préventifs	84 202 454	41 634 371	33 566 737	74 366 055	233 769 617
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	994 272 053	601 625 738	705 539 165	148 732 110	2 450 169 066
HP.8	Reste de l'économie					
HP.9	Reste du monde					
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	720 962 487	475 219 192	393 304 760	24 788 685	1 614 275 124
MONTANT TOTAL (FCFA)		**16 758 459 276**	**5 896 100 396**	**5 536 387 052**	**247 886 850**	**28 438 833 574**

IV.1.6 Dépenses courantes liées à la santé de reproduction par fonctions de soins de santé

La structure des dépenses pour la santé de reproduction montre que 47, 7% des fonds sont utilisés pour l'acquisition des biens médicaux, suivis des soins curatifs (20,1%) et des services pour la gouvernance, l'administration du système de santé et des financements (12,6%). Les soins préventifs et des autres services de soins de santé représentent respectivement 5,1% et 9,5% des dépenses de santé de reproduction.

Graphique IV. 4 : Répartition des dépenses liées à la santé de reproduction par fonctions de soins de santé



IV.1.7 Dépenses courantes liées à la santé de reproduction par Facteurs de prestation

La répartition par facteur de prestation montre qu'une part importante des dépenses pour la santé de reproduction, soit 63,9% est engendrée par les équipements et services utilisés. Plus du quart des dépenses est consacré à la rémunération des employés. Les « autres facteurs de prestation de soins de santé » ont absorbé 6,6% des dépenses et la rémunération des professionnels particuliers 2,6%. Les autres dépenses en ressource et celles relatives à l'investissement (consommation du capital fixe) ont été presque négligeables.

Tableau IV. 2 : Répartition des dépenses de santé de reproduction selon les facteurs de prestation de soins

CODE	FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS DE SANTE	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
FP.1	Rémunération des employés	7 303 632 852	25,7
FP.2	Rémunération des professionnels particuliers	751 629 974	2,6
FP.3	Equipements et services utilisés	18 169 879 917	63,9
FP.4	Consommation du capital fixe	38 355 402	0,1
FP.5	Autres rubriques de dépenses en ressources	308 683 396	1,1
FP.nec	Autres facteurs de prestation de soins de santé	1 866 652 035	6,6
MONTANT TOTAL (FCFA)		**28 438 833 574**	**100,0%**

IV.2 RESULTATS DU SOUS COMPTE SANTE DE L'ENFANT

IV.2.1 Aperçu sur la situation de la santé de l'enfant au Cameroun

La situation socio-sanitaire des enfants s'apprécie à travers la morbidité et la mortalité. En effet, en 2011, l'analyse de la situation des enfants montrait que la mortalité infanto-juvénile stagnait depuis plus de deux décennies. On est passé respectivement de 151 à 144 pour 1 000 naissances vivantes en 1998 et 2004 à 122 en 2011.

En revanche, la mortalité néonatale est passée de 37 pour 1000 naissances vivantes à 29 pour 1000 en 2004, puis à 31 pour 1000 en 2011. Les principales causes directes de la mortalité infanto-juvénile sont le paludisme, les infections respiratoires aigües, les diarrhées et les affections néonatales. La malnutrition est la cause sous-jacente d'environ 35% de ces décès. Selon EDS-MICS 2011, 30 % d'enfants de 6-59 mois ont été testés positifs au Test de Diagnostic Rapide (TDR) du paludisme et 21 % des enfants de moins de cinq ans dorment sous une MILDA, taux largement en deçà de l'objectif de 80%.

En outre, selon la même source, 5% d'enfants de moins de 5 ans ont souffert des infections respiratoires aigües et 21% ont eu un ou plusieurs épisodes diarrhéiques pendant les deux semaines précédant l'enquête. Au cours de ces épisodes diarrhéiques, 77% d'entre eux n'ont bénéficié d'aucun type de réhydratation.

La proportion d'enfants complètement vaccinée est passée de 48% (EDS-III 2004) à 53% (EDS-MICS 2011). La prévalence de la malnutrition chronique (retard de croissance) chez les enfants de moins de 5 ans est de 33% avec des disparités régionales importantes (EDS-MICS 2011): 45%, 40% et 40% respectivement dans les régions de l'Extrême-Nord, le Nord et l'Adamaoua.

Toujours selon EDS-MICS 2011, 60% d'enfants de 6 à 59 mois sont anémiés, dont 70% dans la région du Sud-Ouest et 74% dans le Sud. 40% d'enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et 20% de moins de 6 mois allaités exclusivement au lait maternel. On note que 40% des enfants ont été allaités dans l'heure suivant la naissance et 52% ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement. Pour ce qui est de la supplémentation en vitamine A, on relève une légère baisse: la Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois est passée de 58% en 2006 à 55% en 2011 alors qu'au cours des années 2008 et 2009, on a enregistré des taux supérieurs à 90% pouvant être attribués aux Semaines d'Actions de Santé et de Nutrition Infantiles et Maternelles (SASNIM).

En résumé, l'EDS MICS 2011 présente les valeurs suivantes de quelques indicateurs de santé de l'enfant au Cameroun :

- taux de mortalité néonatale 31 pour 1 000 Naissances Vivantes;
- taux de mortalité infantile 62 pour 1 000 Naissances Vivantes;
- taux de mortalité infantile infanto-juvénile 122 pour 1 000 Naissances Vivantes;
- allaitement maternel exclusif: 20%;
- prévalence de l'insuffisance pondérale de 0– 59 mois: 15% ;
- prévalence d'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois: 60%;
- proportion enfants complètement vaccinés : 53% (EDS IV);
- taux de couverture en Penta 3: 68% (EDS IV).

IV.2.2 Volume de financement des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant

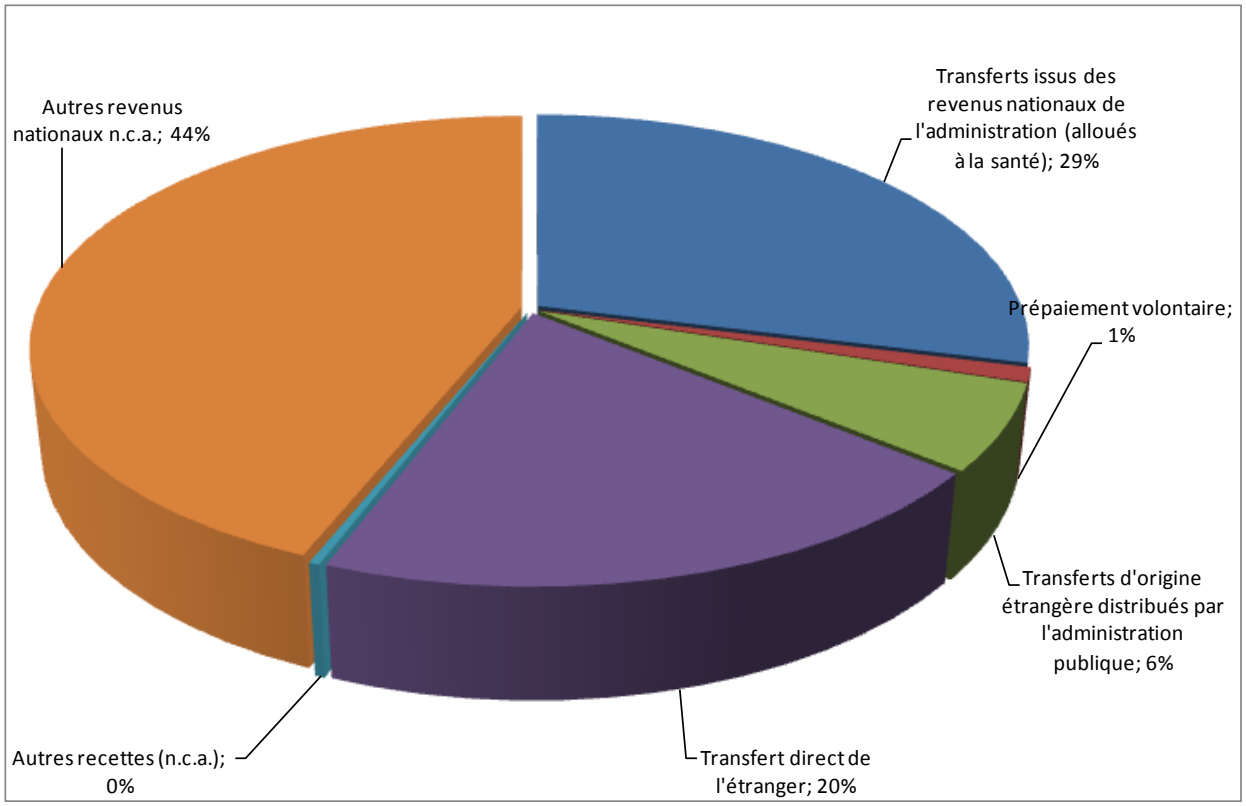
Sur un total de dépenses courantes de santé de 470, 5 milliards FCFA, la dépense de santé pour les enfants de moins de cinq ans est estimée à environ 114,2 milliards FCFA, soit 24, 29% du montant total des dépenses courantes. Une répartition de ce montant par la population totale de cette tranche d'âge donne 33 968 FCFA par enfant de moins de cinq ans.

IV.2.3 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par recettes des régimes de financement

Les dépenses de santé pour les enfants de moins de cinq ans au Cameroun sont principalement financées par les ressources privées et publiques respectivement à hauteur de 44,6% et 29,5%.

Les transferts directs étrangers (revenus financiers étrangers directement alloués à la santé) sous forme de subventions ou de dons en provenance des gouvernements étrangers, des agences internationales, des ONG étrangères ou des individus contribuant directement au financement des régimes nationaux de financement de soins représentent 19,7% tandis que les financements étrangers redistribués par l'Administration Publique ne représentent que 5,5%.

<u>Graphique IV. 5 :</u> Répartition des dépenses liées à la santé de l'enfant par recettes des régimes de financement



L'analyse de ce tableau montre que les principales recettes des régimes de financement de la santé de l'enfant proviennent des ménages (44,6%), de l'Etat (29,5%) et dans une moindre mesure de la contribution du reste du monde (19,7%).

L'apport du secteur privé (44,6%), essentiellement constitué des revenus des ménages, des entreprises, les Institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM) représente presque le double des dépenses publiques de santé (29,45%).

L'analyse du détail des composantes des « *autres revenus nationaux* » permet de se rendre compte que les ménages représentent 99,8% des dépenses. Ce qui amène à conclure que ce sont les ménages qui contribuent essentiellement pour les dépenses de santé de l'enfant. Les autres revenus provenant des entreprises représentent 0,14% de ces dépenses tandis que les autres revenus venant des ISBLSM se situent à 0,05%.

Tableau IV. 3 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par recettes des régimes de financement

Code	RECETTES DES REGIMES DE FINANCEMENT	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
FS.1	Transferts issus des revenus nationaux de l'Administration publique (alloués à la santé)	33 675 514 302	29,5
FS.2	Transferts d'origine étrangère distribués par l'Administration publique	6 293 486 015	5,5
FS.5	Prépaiement volontaire	932 082 802	0,8
FS.6	Autres revenus nationaux n.c.a.	50 924 855 472	44,6
FS.7	Transferts directs étrangers	22 473 321 393	19,7
FS.nec	Autres recettes (n.c.a.)	72 834	0,0
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,0**

IV.2.4 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par régimes de financement

Les dépenses de santé de l'enfant sont effectuées à travers les mécanismes suivants: les régimes de l'Administration Publique et régimes contributif obligatoire de financement de la santé ; les régimes volontaire de paiement privé des soins de santé ; le paiement direct des ménages ; et les régimes de financement du reste du monde.

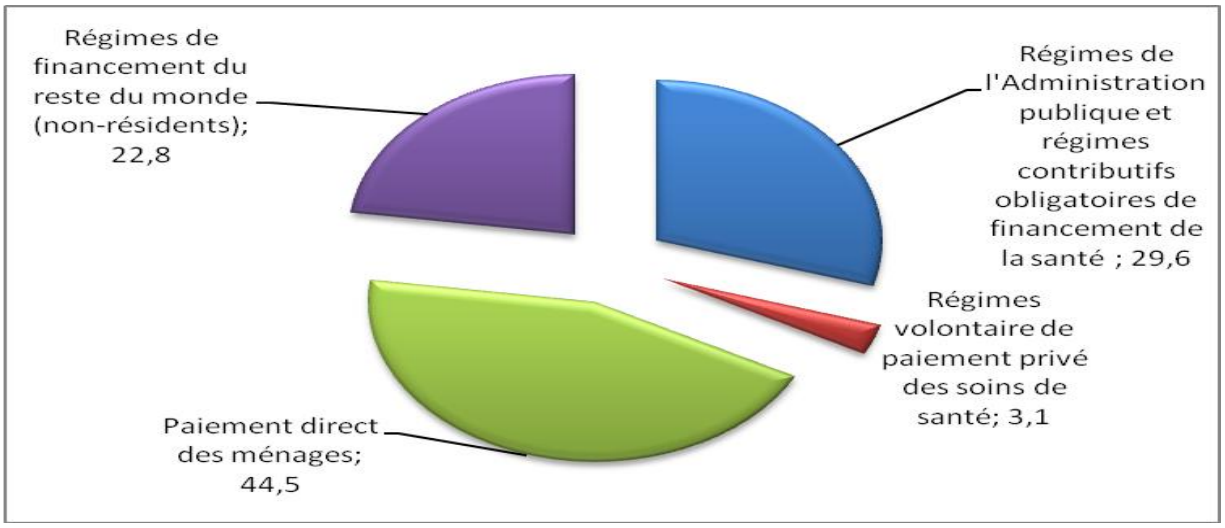
Tableau IV. 4 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par régimes de financement

Code	REGIMES DE FINANCEMENT	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HF.1	Régimes de l'Administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	33 883 102 606	29,6
HF.2	Régimes volontaire de paiement privé des soins de santé	3 572 111 919	3,1
HF.3	Paiement direct des ménages	50 828 472 409	44,5
HF.4	Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	26 015 645 883	22,8
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,0**

On se rend compte qu'à l'analyse de ces régimes qui visent à assurer l'accès aux soins de santé de base aux enfants, la plus grosse part provient des ménages (44,5%) devant l'Etat (29,7%). Or le but essentiel de l'intervention de l'Administration Publique dans les systèmes de santé est d'assurer l'accès aux soins de santé de base à toute la société ou aux groupes vulnérables de la société. Celui du reste du monde est de 22,8%.

Les ressources des ménages pour la santé de l'enfant, à l'instar des pays africain, sont dépensées essentiellement par paiement direct aux prestataires de soins et services de santé de l'enfant.

Graphique IV. 6 : Répartition des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par régimes de financement



IV.2.5 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par Fonctions de soins de santé

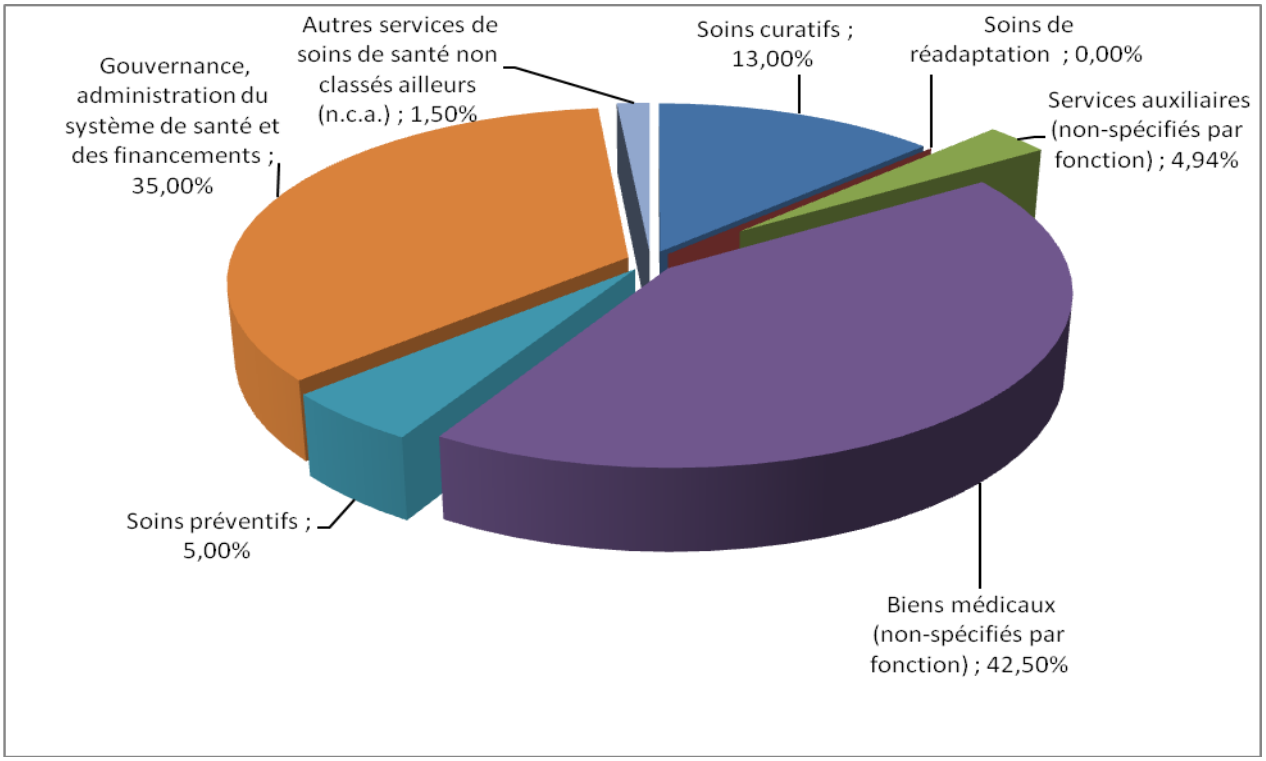
En 2011, les dépenses courantes liées à la santé de l'enfant sont orientées essentiellement vers les biens médicaux (42,2%) ; la gouvernance, administration du système de santé et des financements (35,3%) et les soins curatifs en milieu hospitalier, qui occupent le 3ème rang (13%).

Tableau IV. 5 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par fonctions de soins de santé

Code	FONCTIONS DES SOINS DE SANTE	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HC.1	Soins curatifs	15 003 567 912	13,1
HC.2	Soins de réadaptation	22 562 223	0,1
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)	3 878 474 961	3,4
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)	48 229 446 315	42,2
HC.6	Soins préventifs	5 195 691 466	4,6
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	40 352 729 719	35,3
HC.9	Autres services de soins de santé non classés ailleurs (n.c.a.)	1 616 860 220	1,4
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,0**

La grande partie des dépenses (42,2%) est orientée vers les biens médicaux, notamment les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durables et appareils thérapeutiques. Ce taux élevé s'expliquerait par les prescriptions dans le cadre d'un contact avec les services de soins de santé et plus encore dans le cadre d'une automédication.

Graphique IV. 7 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par fonctions de soins de santé



IV.2.6 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par Prestataires de soins

Environ 33% des dépenses liées à la santé de l'enfant sont effectuées auprès des prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé et 30% chez les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux. Ils sont suivis respectivement par les prestataires de soins préventifs (13%), les hôpitaux (10%), les prestataires de soins ambulatoires (6%) et le reste du monde (1%) de dépenses.

Tableau IV. 6 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par type de prestataires de soins

Code	PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTE	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HP.1	Hôpitaux	11 566 109 660	10
HP.3	Prestataires de soins de santé ambulatoire	7 311 450 128	6
HP.4	Prestataires de services auxiliaires	3 701 374 970	3
HP.5	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	34 451 964 209	30
HP.6	Prestataires de soins préventifs	14 986 525 202	13
HP.7	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	37 883 096 804	33
HP.8	Reste de l'économie	1 064 700	0
HP.9	Reste du monde	623 069 985	1
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	3 774 677 159	3
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,0**

IV.2.7 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par facteurs de prestation des soins de santé

Il s'agit ici de l'information sur le montant que les prestataires de soins investissent dans les intrants nécessaires à la production des biens et services de santé. Il s'agit principalement de la rémunération des employés et de l'achat des équipements et services utilisés.

Tableau IV. 7 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par facteurs de prestation de soins de santé

Code	FACTEURS DE PRESTATION DE SOINS DE SANTE	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
FP.1	Rémunération des employés	30 372 075 841	26,6
FP.2	Rémunération des professionnels particuliers	1 164 867 774	1,1
FP.3	Equipements et services utilisés	74 638 699 025	65,3
FP.4	Consommation du capital fixe	264 962 391	0,2
FP.5	Autres rubriques de dépenses en ressources (entrées)	1 578 329 485	1,4
FP.nec	Autres facteurs de prestation de soins de santé (n.c.a.)	6 280 398 302	5,5
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,0**

On note que 65,3% des dépenses de santé de l'enfant sont principalement consacrées à l'achat des équipements et services de santé auprès d'autres prestataires de services et autres industries de l'économie. De même, 26,6% est réservé à la rémunération des employés incluant les traitements, salaires et toutes formes de prestations sociales (heures supplémentaires, travail de nuit, primes, allocations, etc.).

IV.2.8 Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par type de maladies

Dans le cadre des CNS, les dépenses liées à la santé de l'enfant se sont appesanties spécifiquement sur les trois maladies suivantes : le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme. Toutes les autres maladies ou affections (infections respiratoires, malnutrition, parasitoses, etc.) ont été prises en compte globalement. Aussi, les dépenses de santé de l'enfant liées au paludisme représentent près de 29,5 milliards FCFA, celles liées au VIH/SIDA s'élèvent à 4,2 milliards FCFA et celles liées à la tuberculose à 552, 1 millions FCFA.

Tableau IV. 8 : Dépenses courantes liées à la santé de l'enfant par types de maladies

Code	TYPES DE MALADIES	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
DIS.1.1	VIH/SIDA	4 276 372 798	3,74
DIS.1.2	Tuberculose	552 168 476	0,48
DIS.1.3	Paludisme	29 508 665 917	25,82
DIS.nec	Autres maladies / affections (n.c.a.)	79 962 125 628	69,96
MONTANT TOTAL (FCFA)		**114 299 332 818**	**100,00**

Si on exclut les dépenses liées aux autres maladies ou affections, on se rend à l'évidence que les dépenses liées au paludisme sont en adéquation avec les statistiques faisant du paludisme l'une des principales causes de morbidité et de mortalité, car il mobilise à lui seul 25,8% des dépenses de santé de l'enfant et constitue la principale cause de recours aux soins de santé.

On relève que 70% des dépenses courantes liées à la santé de l'enfant proviennent des autres maladies ou affections non prises en compte dans le cadre des présents comptes nationaux de la santé.

IV.3 RESULTATS DU SOUS COMPTE PALUDISME EN 2011

IV.3.1 Aperçu de la situation de la lutte contre le paludisme au Cameroun

Au Cameroun, le paludisme demeure l'endémie majeure et la première cause de morbidité et de mortalité dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Les statistiques sanitaires révèlent qu'il est responsable de 24 % du total des décès dans les formations sanitaires, de 40 % à 45 % des consultations médicales et de 30 % des hospitalisations. Par ailleurs, 52 % des consultations chez les enfants de moins de 5 ans sont dues au paludisme. Le taux de mortalité lié au paludisme était de 18,4% en 2011 (PNLP, 2011).D'après l'ECAM3, le paludisme est aussi la cause de 26 % des absences en milieu professionnel.

Les efforts entrepris au plan international sont relayés au niveau national par un fort engagement de l'État notamment l'institution de la gratuité du traitement du paludisme simple pour les enfants de moins de 5 ans en 2011. De plus des tests de diagnostic rapide ont été acquis et déployés dans les formations sanitaires et communautés. Les ACT subventionnées ont été distribuées par le SYNAME.

En ce qui concerne la prévention, les Moustiquaires imprégnées d'Insecticide de Longue Durée d'Action (MILDA) ont été distribuées aux ménages dans le cadre d'une grande campagne nationale.

Les ressources ont été mobilisées tant au niveau national qu'auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux pour lutter contre cette maladie en 2011.

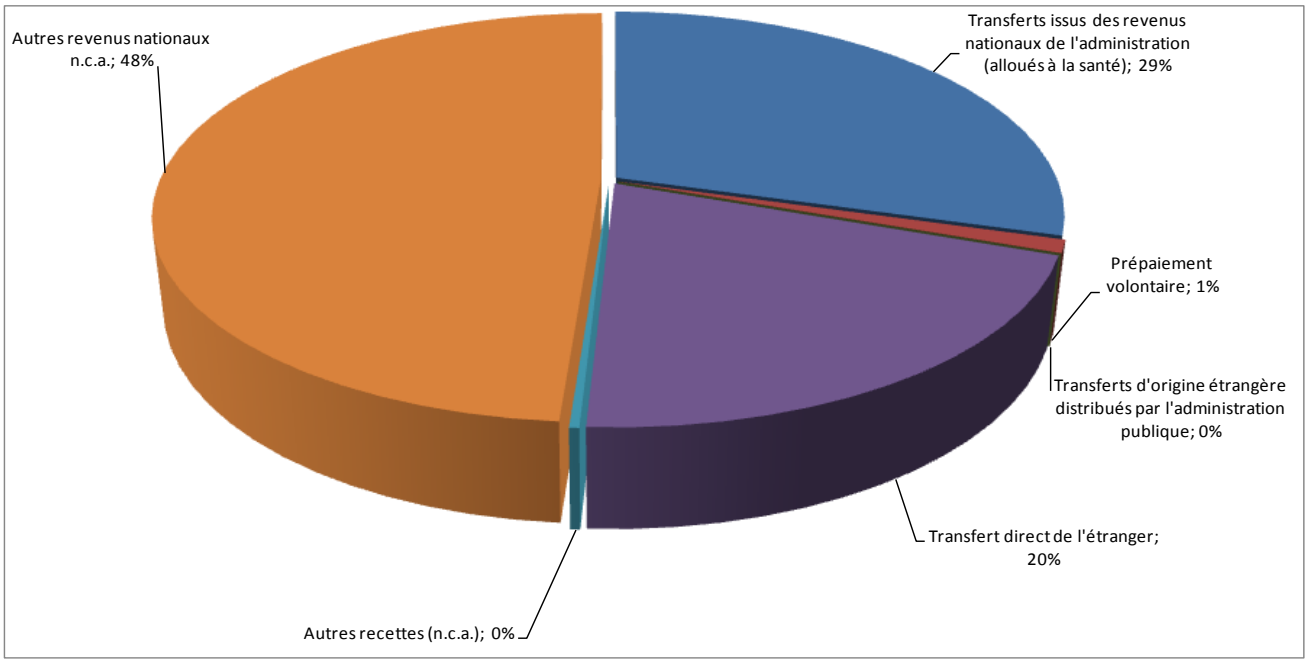
IV.3.2 VOLUME DE FINANCEMENT DES DEPENSES DU PALUDISME

En 2011, la dépense courante de santé pour le Paludisme est estimée à 134,4 milliards FCFA soit environ 28,6% de la dépense courante de santé. En rapportant cette dépense à la population, on obtient une dépense par tête d'habitants de 6 752 FCFA.

IV.3.3 Dépenses courantes liées au paludisme par Recettes des régimes de financement

Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (28,8%) constituent la deuxième recette des régimes de financement, après les autres revenus nationaux (48,2 %). Les transferts directs étrangers viennent en troisième position (19,8%).

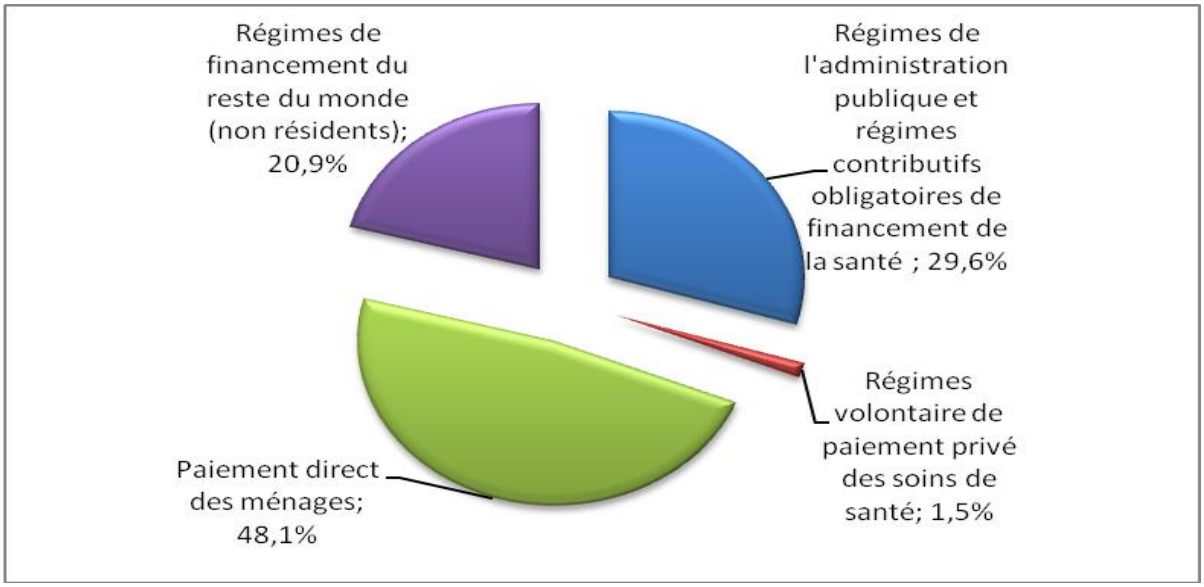
Graphique IV. 8 : Répartition de la dépense courante en santé liée au paludisme par Recettes des régimes de financement



IV.3.4 Dépenses courantes liées au paludisme par régimes de financement du paludisme

Les Paiements directs des Ménages (48,1%) ont constitué le principal Régime de financement de la dépense liée au paludisme, suivi du régime de l'administration Publique (29,7%) et du Financement du Reste du monde (20,9%). Les régimes volontaires de paiement privé des soins de santé liés au Paludisme restent marginaux. Les souscriptions des polices auprès des sociétés d'assurances privées et aux mutuelles de santé reste très faible; ce qui explique la part importante de la contribution directe des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé.

Graphique IV. 9 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par régimes de financement

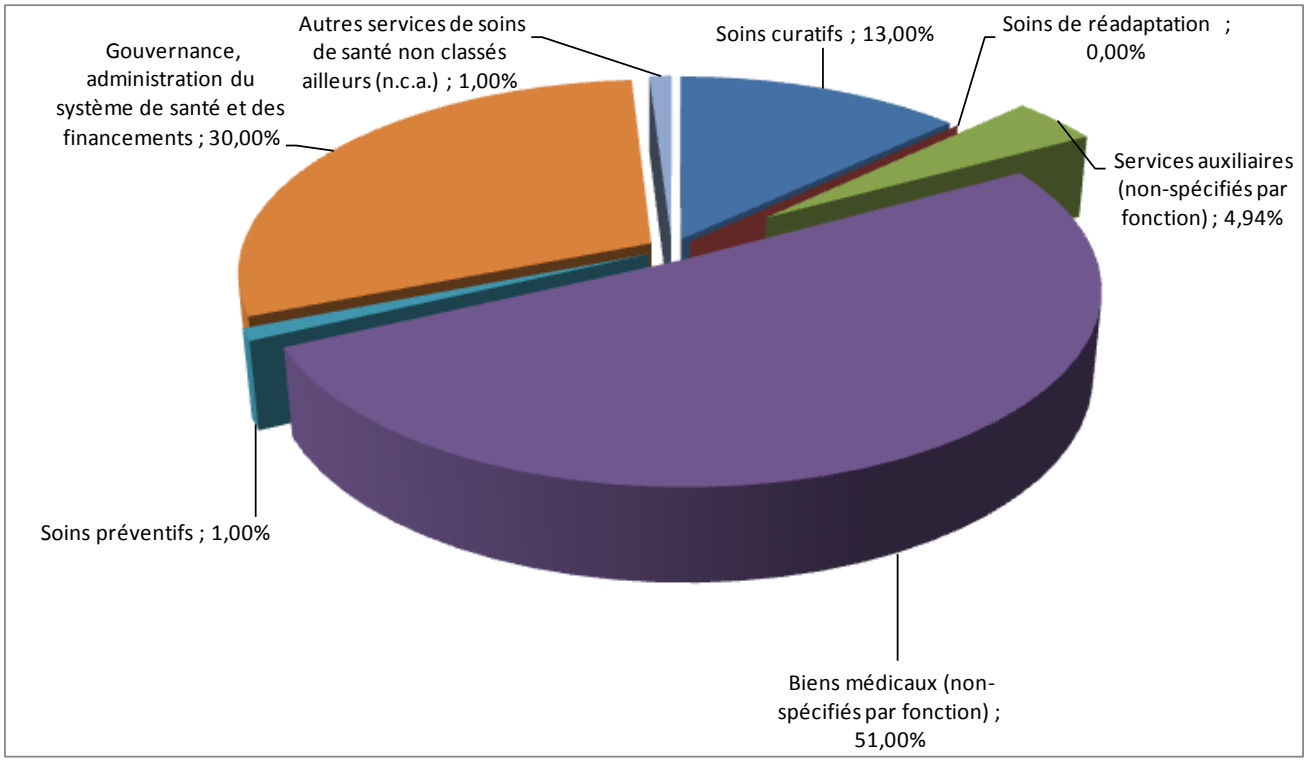


IV.3.5 Dépenses courantes liées au paludisme par Fonctions de soins de santé

L'essentiel des dépenses ont été orientées vers les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux non durables (51,3%) et la Gouvernance, administration du système de santé et des financements (29,6%). Les soins curatifs viennent en troisième position et représentent 13,3% de la dépense courante de santé liée au Paludisme.

La prévention du paludisme est venue en avant dernière position en termes des fonctions de soins de santé avec 1,4% en 2011[9].

Graphique IV. 10 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par fonction de soins de santé

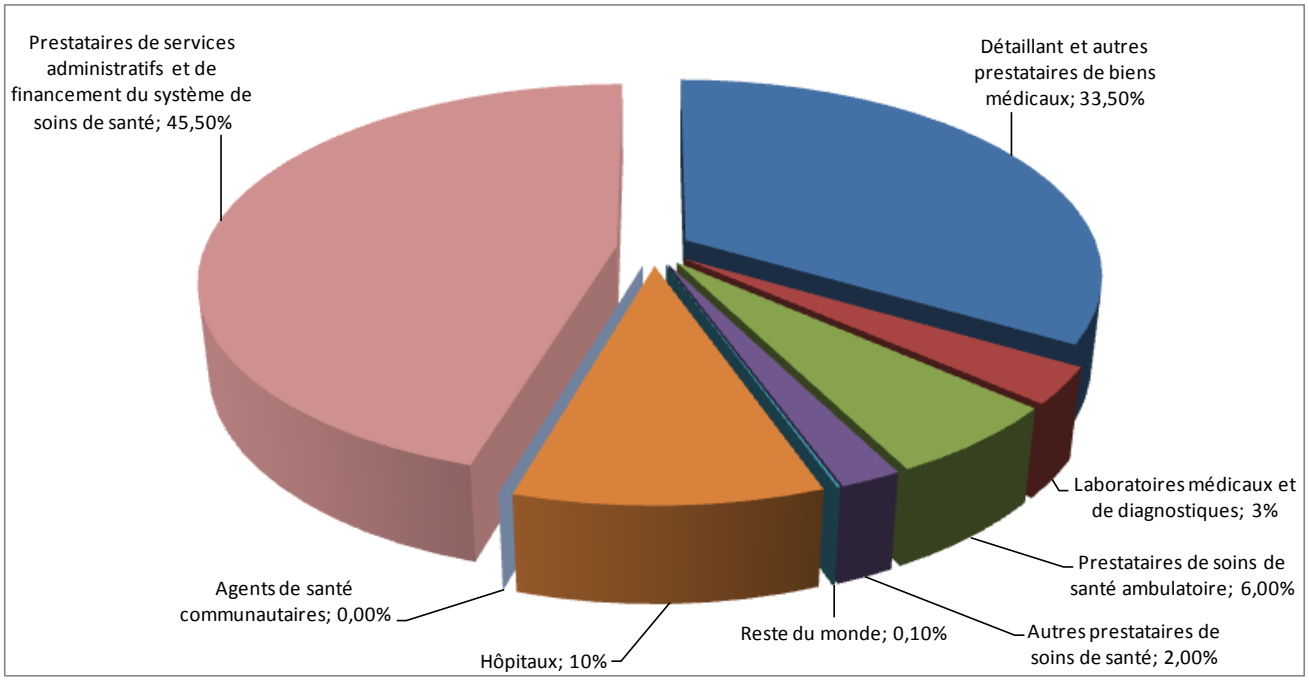


IV.3.6 Dépenses courantes liées au paludisme par prestataires des soins de santé

Les Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé viennent en tête avec 45,2% en utilisation des financements. Suivent par les détaillants et autres distributeurs de biens médicaux (32,6%), les Hôpitaux (9,9%) et enfin les prestataires de soins ambulatoires (6,7%).

[9] Dans le SHA 2011, les dépenses pour l'acquisition des MILDA sont comptabilisées dans les biens médicaux

Graphique IV. 11 : Répartition de la dépense courante de santé liée au paludisme par prestataire



IV.4 RESULTATS DU SOUS COMPTE TUBERCULOSE

IV.4.1 Aperçu sur la situation de la tuberculose au Cameroun

Au Cameroun, plus de 25 045 cas de tuberculose toutes formes confondues, ont été dépistés en 2011 avec 14 892 nouveaux cas de tuberculose à bacilloscopie positive. En ce qui concerne la co-infection tuberculose-VIH/sida, sur 20 115 cas testés (toutes formes de tuberculose confondues), 7 672 ont été positifs soit 38% de patients co-infectés. La proportion de malades tuberculeux qui acceptent de faire le test de dépistage à l'infection au VIH/sida est passée de 71 en 2010 à 80% en 2011.

IV.4.2 Volume de financement des dépenses liées à la tuberculose

Le volume de financements de la tuberculose est évalué à 2,9 milliards FCFA soit 0,6 % des dépenses courantes de santé en 2011.

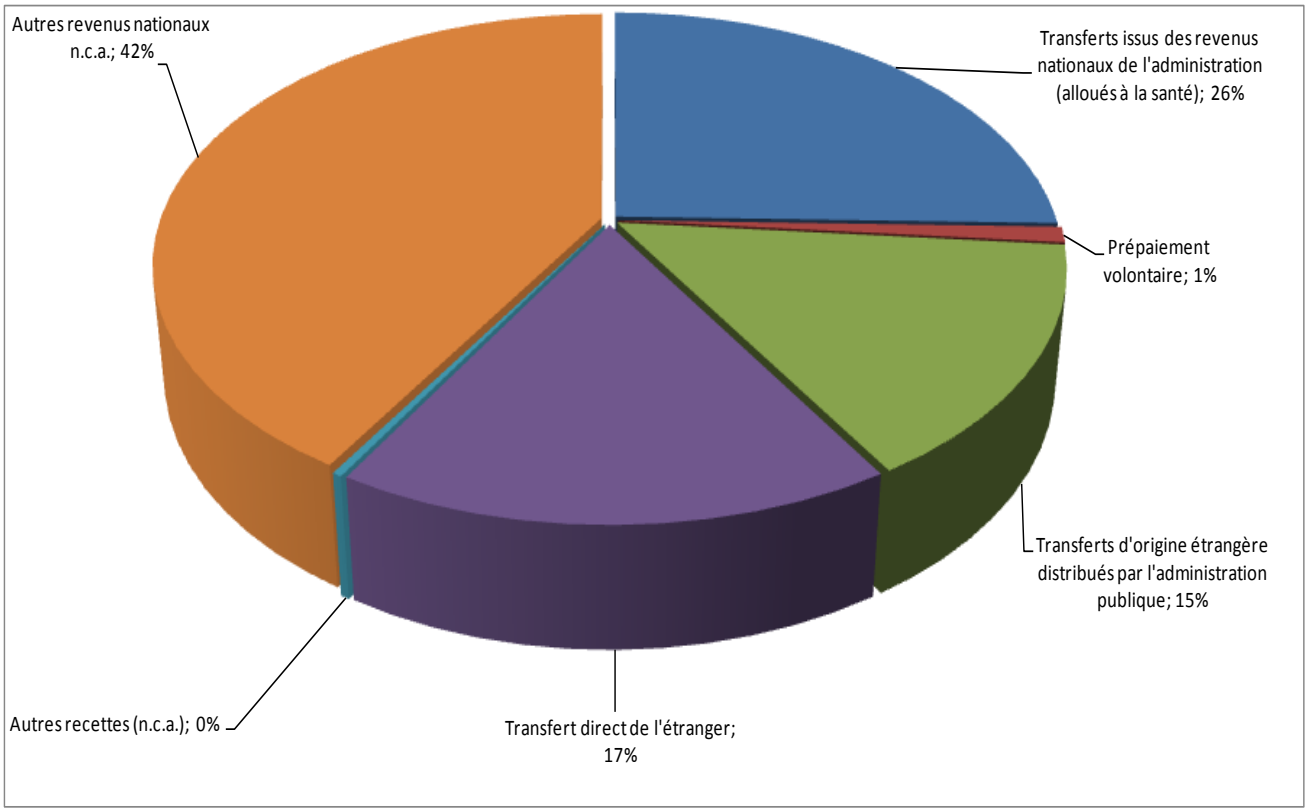
IV.4.3 Dépenses courantes de santé liées à la tuberculose par Recettes des régimes de financement

Le financement de la lutte contre la tuberculose est fortement pris en charge par les ménages. En effet sur 2,9 milliards FCFA de dépenses courantes liées à la lutte contre la tuberculose, 1,2 milliards FCFA sont issues des revenus venant des ménages soit 41%. Toutefois il convient de noter que les antituberculeux sont gratuits.

Les dépenses courantes provenant de L'Etat du Cameroun à travers les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé et les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique sont de 27%. Celles du reste du monde à travers les transferts directs étrangers ont contribué à 17%.

Les prépaiements volontaires venant des individus/ménages et des employeurs (15%) constituent la troisième recette des régimes de financement en 2011 des activités relatives à la prise en charge de la tuberculose.

Graphique IV. 12 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par recette de régimes de financement



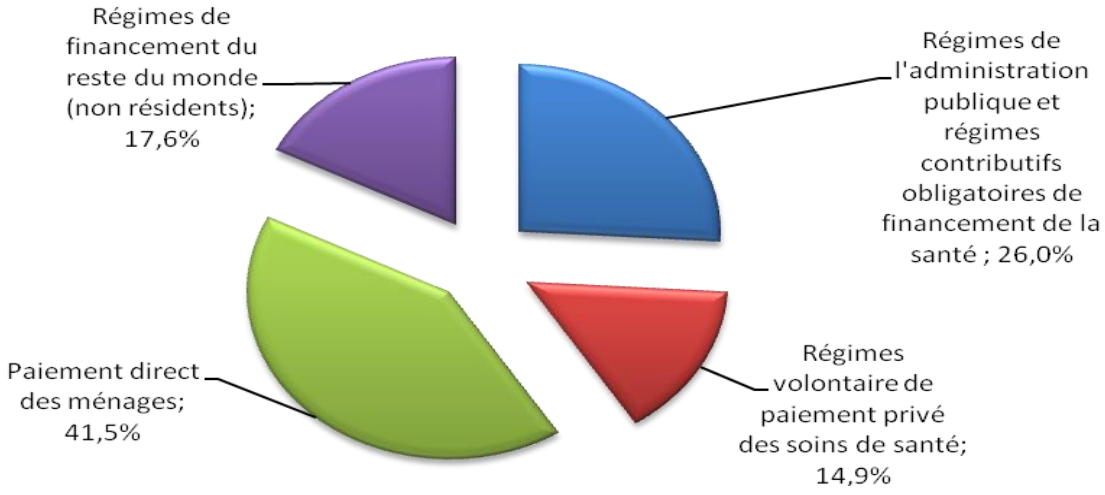
IV.4.4 Dépenses courantes de santé liées à la tuberculose par Régime de financement

Se situant à 41%, les paiements directs sans partages des coûts, effectués par les ménages, constituent le premier mécanisme de financement des activités liées à la lutte contre la tuberculose au Cameroun en 2011.

Les régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé (Régimes Publics) représentent le deuxième mécanisme de financement des activités de la lutte contre la tuberculose au Cameroun en 2011. En effet 26% des dépenses courantes en santé liées à la lutte contre cette maladie (soit 757 157 013 FCFA) proviennent de ce régime.

Les régimes facultatifs (non-résidents) représentant 18% des dépenses liées à la lutte cette maladie. Enfin, le régime volontaire de paiement privé des soins de santé intégrant l'assurance maladie facultative représente 15% des dépenses liées à la lutte contre la tuberculose.

Graphique IV. 13 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par régimes de financement



IV.4.5 Dépenses courantes de santé liées à la tuberculose par Fonctions de soins de santé

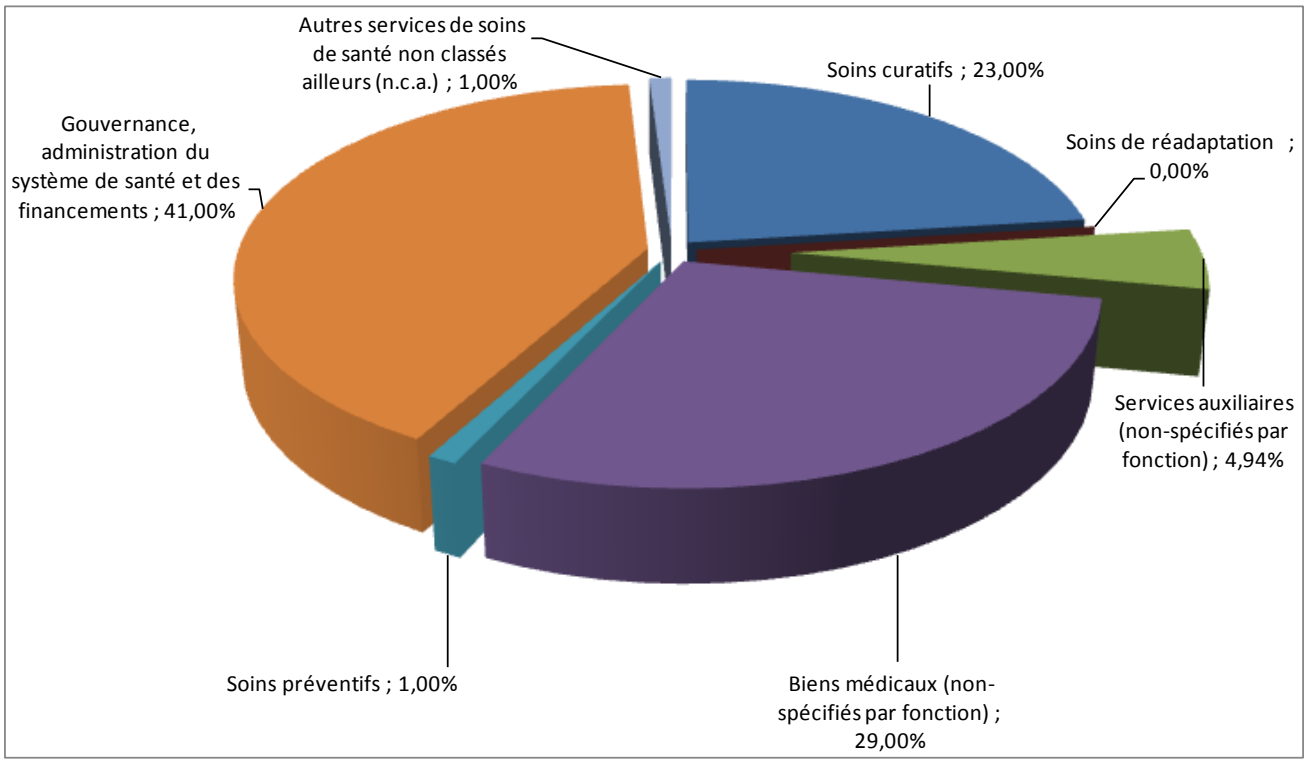
L'analyse des dépenses courantes de santé liées à la lutte contre la tuberculose par fonctions de soins montre que les activités liées à la gouvernance et administration du système de santé occupent une part importante, soit 41%. En effet, 1 187 847 704 FCFA, représentant la part des dépenses liées à la gouvernance sont dus à la mise en œuvre de la lutte contre la tuberculose (PNLT). Ceci inclut le renforcement des capacités des populations et des communautés par l'éducation, le plaidoyer, la communication et la mobilisation sociale en faveur de la lutte contre cette maladie.

Les soins curatifs (essentiellement ambulatoires) et les biens médicaux (Produits pharmaceutiques et appareils thérapeutiques) représentent 1 521 800 366 FCFA, soit 52% des parts de financements allouées aux activités de lutte contre la tuberculose.

Les activités de prévention de la tuberculose se chiffrent à 40 997 123 FCFA, soit 1% des dépenses courantes de santé. Elles incluent l'information, éducation et conseil, vaccination, détection précoce de la maladie, suivi de l'état de santé, surveillance épidémiologique, réduction du risque de la maladie, préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence.

Les services connexes non classés de la lutte contre la tuberculose s'élèvent à 14 586 608 FCFA soit 5% des dépenses.

Graphique IV. 14 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par fonctions de soins de santé



IV.4.6 Dépenses courantes de santé liées à la tuberculose par Prestataires de soins de santé

En 2011, on observe que les dépenses courantes de santé des activités liées à la lutte contre la tuberculose par prestataire de soins sont de 853 372 179 F CFA, soit 29% et majoritairement exprimés au niveau des pharmacies et autres détaillants des biens médicaux. Les dépenses courantes de santé au niveau des hôpitaux généraux sont de 489 861 545 FCFA (17%) et auprès des prestataires des soins préventifs sont de 497 520 123 FCFA (17%), soit 34% de financement Global pour les deux entités.

On peut également remarquer qu'une part importante de financement est octroyée au Prestataires de services Administratifs et de financement du système des soins de santé. En effet sur 2,92 milliards FCFA de financement courant relatif à la Tuberculose, 657 769 125 FCFA, soit 23% sont alloués aux prestataires de services administratifs.

Les prestataires de soins ambulatoires quant à eux représentent 216 528 950 FCFA (7%) du financement global.

Tableau IV. 9 : Répartition des dépenses courantes de santé liées à la Tuberculose par prestataires de soins

Codes	PRESTATAIRES	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HP.1.1	Hôpitaux généraux	489 861 545	17
	Prestataires de soins de santé ambulatoire	216 528 950	7
HP.4.2	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	137 623 437	5
HP.5	Pharmacies et autres détaillants de biens médicaux	853 372 179	29
HP.6	Prestataires de soins préventifs	497 520 123	17
	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	657 769 125	23
	Reste du monde	21 789 195	1
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	43 281 854	1
MONTANT TOTAL (FCFA)		**2 917 746 407**	**100**

IV.5 RESULTATS DU SOUS COMPTE VIH/SIDA

IV.5.1 Aperçu sur la situation du VIH/ Sida au Cameroun

L'année 2011 a été marquée par les processus de planifications sectorielles et les négociations avec le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme qui ont abouti à la signature par le Ministre de la Santé Publique de la convention de financement du Round 10. Elle a en outre été marquée par la mise en œuvre effective des activités prévues dans le projet PEPFAR. Ce fut aussi la première année de la mise en œuvre du Plan Stratégique National (PSN) 2011-2015 de lutte contre le VIH, le Sida et les IST. Ce plan s'inscrit dans la continuité des précédentes stratégies. Il a pour finalité de réduire la morbidité et la mortalité liées au VIH et les autres IST et d'atténuer son impact socio-économique sur le développement. Plus précisément, ce plan aspire à l'horizon 2015 à inverser la prévalence de l'infection à VIH dans la population générale, de réduire les nouvelles infections d'au moins 50% dans les groupes les plus exposés, de rendre la prise en charge globale et le soutien à au moins 80% des Personnes Vivantes avec le VIH (PVVIH), des Orphelins Enfants Vulnérables (OEV) et des autres personnes vulnérables. L'évaluation à mi-parcours du PSN en 2013 a permis la rédaction d'un nouveau PSN 2014-2017 en conservant les principales cibles.

Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) et la Société civile ont tous accru leurs efforts pour mieux renforcer la réponse nationale. Ainsi, l'appui financier et technique des partenaires et autres acteurs a permis de poursuivre des activités allant de la prévention (PTME, CDV, Sécurité transfusionnelle) à la prise en charge des personnes infectées et au soutien des OEV et PVVIH. Les principaux résultats atteints sont les suivants :

- le taux de prévalence du VIH est de 4,3 %
- 426 250 personnes, y compris les femmes enceintes, ont été testées au VIH ;
- 291 326 femmes enceintes ont été testées dans le cadre de la PTME et 22 947 étaient déclarées séropositives ;
- 8 099 enfants nés de mères séropositives ont été testés à la PCR et 7,1% des enfants étaient positifs.
- 21 645 424 préservatifs masculins et 486 417 préservatifs féminins ont été distribués
- 105 653 personnes était sous traitement ARV en fin décembre 2011, soit : 49,6 % des personnes estimées éligibles au traitement ARV au cours de la période;
- 8 600 OEV ont été soutenus suivant les normes du programme ;
- 151 300 poches de sang ont été collectées et testées grâce à l'appui du projet PEPFAR.

IV.5.2 Volume de financement des dépenses liées au VIH/SIDA

Au Cameroun, environ 3,6 % des dépenses courantes de santé enregistrées au cours de l'année 2011 ont spécifiquement été exécutées en direction du VIH/SIDA, soit un montant total de près de 17 144 738 666 FCFA. En moyenne 861 FCFA, par habitant, ont été couramment dépensés en faveur des activités liées à la lutte contre le VIH/Sida au Cameroun par habitant.

Toutefois, L'enquête NASA[10] (dont la méthodologie se rapproche de celle des CNS) menée par le CNLS pour l'année 2011 estime les dépenses liées au VIH/SIDA à hauteur de 23 985 606 917 FCFA. Cette différence est due au faible taux de réponse des PTF et de certains acteurs clés de la lutte contre le VIH/SIDA lors de la collecte des données des CNS.

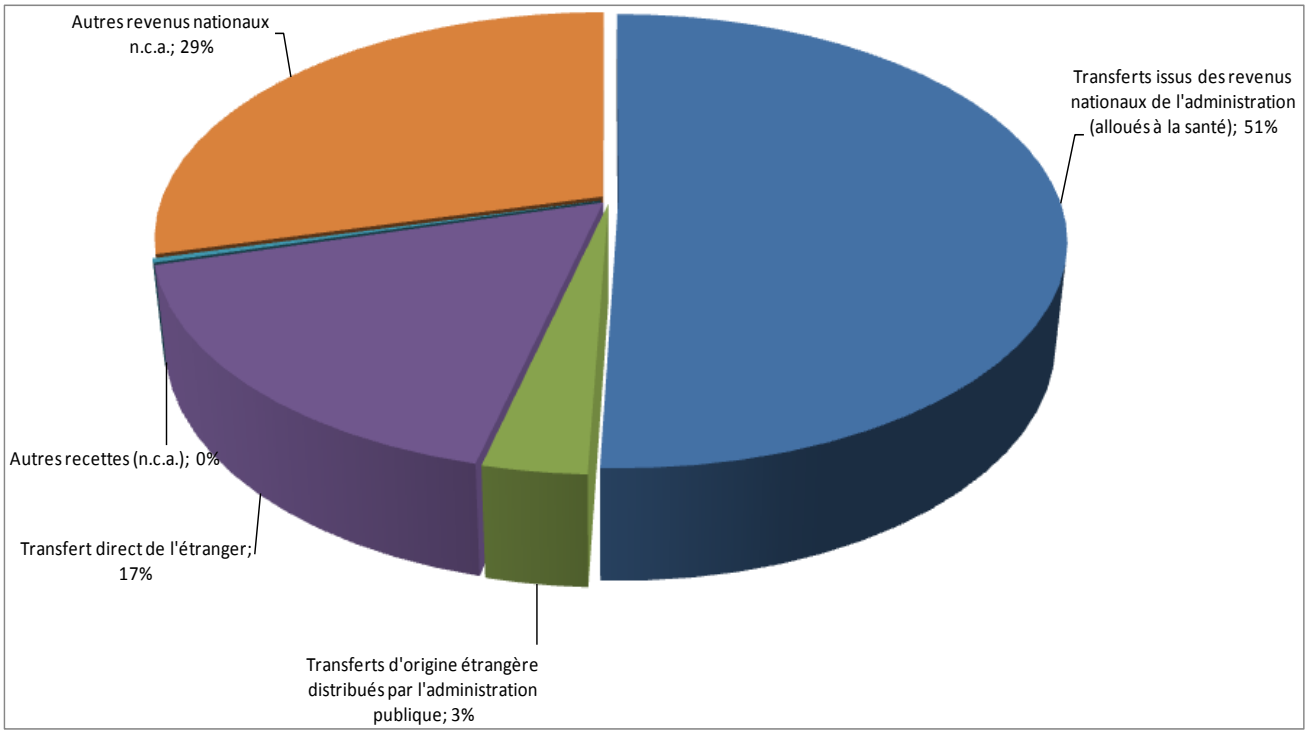
IV.5.3 Dépenses liées au VIH/Sida par Recettes des régimes de financement

L'Etat du Cameroun est la principale source de financement des activités de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun en 2011. En effet, au cours de cette année on note que 50,8 % des dépenses totales de santé pour le VIH/Sida au Cameroun étaient financées par des transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique alloués à la santé. Ensuite, ce sont les autres sources de financement nationales à l'instar des ménages, des entreprises résidentes, et des ONG/fondations nationales, qui dans leur ensemble ont également contribué au financement des activités de lutte contre le VIH/Sida à hauteur de 29,1 % des dépenses totales courantes.

Après l'Etat du Cameroun et les autres sources de revenus nationaux, les partenaires quant à eux constituent la troisième source de financement des activités de lutte contre le VIH/Sida au Cameroun avec une contribution estimée en 2011 à 20,1% des dépenses totales courantes engagées pour le VIH/Sida. Le principal mode de financement des partenaires étant les appuis programmes (transferts directs étrangers) au détriment de l'appui budgétaire. En effet, force est de constater que 16,9 % des dépenses totales courantes engagées pour le VIH/Sida proviennent des transferts directs étrangers et 3,2 % des dépenses totales courantes engagées pour le VIH/Sida proviennent des transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique.

[10] Méthodologie développée par l'ONUSIDA, Organe de coordination de la lutte contre le SIDA du système des Nations Unies.

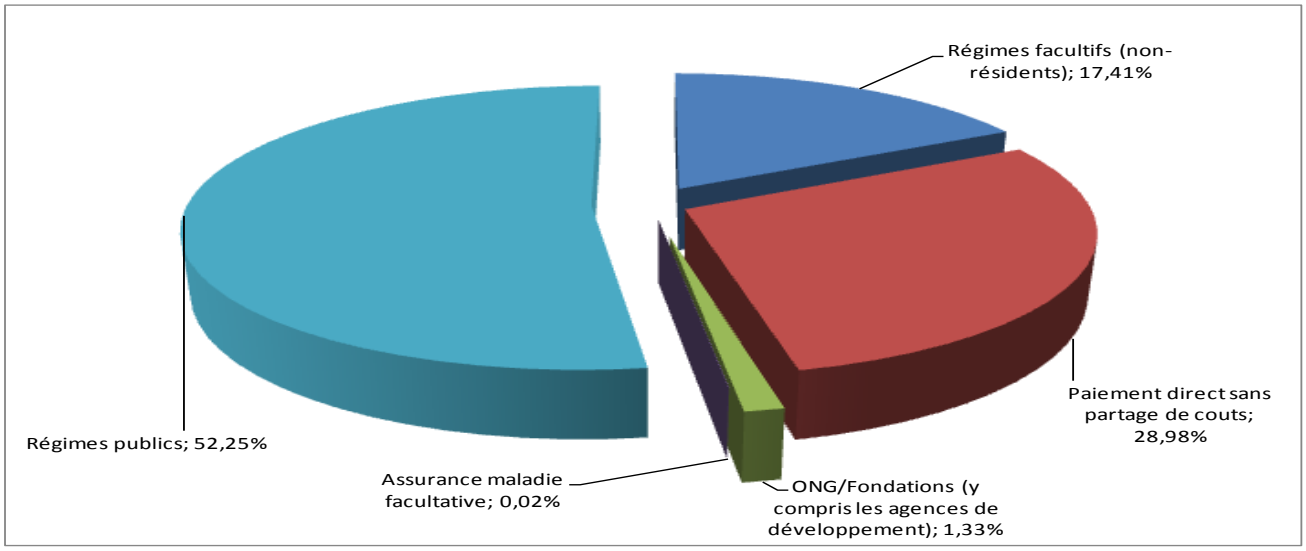
Graphique IV. 15 : Répartition des dépenses courantes de santé VIH/SIDA par Recette de régime de financement.



IV.5.4 Dépenses liées au VIH/Sida par Régimes de financement

Les régimes publics constituent les principaux mécanismes de financement des activités de lutte contre le VIH/Sida. En effet, plus de la moitié (52,3%) des fonds destinés à la lutte contre cette pandémie transitent par les mécanismes de financements étatiques. Ensuite, c'est à travers les paiements directs sans partage de coûts, effectués par les ménages que sont financées les dépenses de santé liées au VIH/Sida au Cameroun. Les mécanismes de financement du VIH/Sida par le paiement direct sans partage de coûts représentent 28,9 % des dépenses courantes enregistrées pour cette maladie. Le financement des dépenses de santé liées au VIH/Sida par l'assurance maladie est nul (0,02 %).

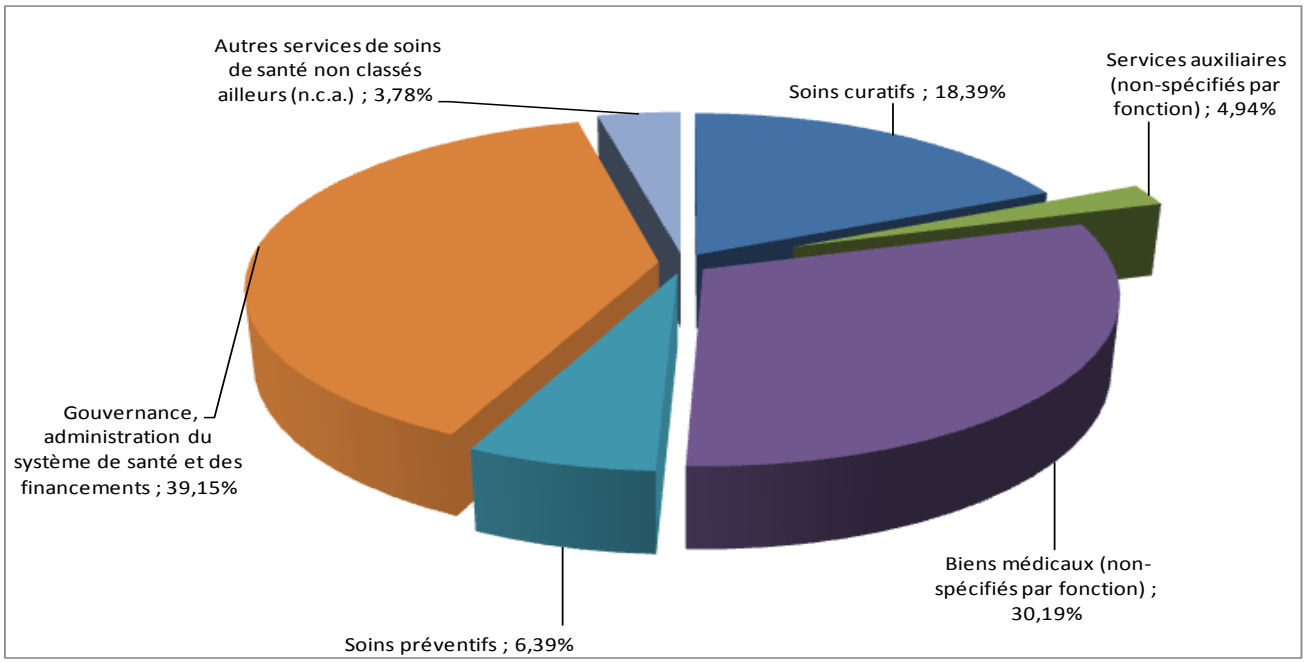
Graphique IV. 16 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA par régimes de financement



IV.5.5 Dépenses courantes de santé liées au VIH/Sida par Fonctions de soins de santé

Au regard des différentes fonctions de santé liées au VIH/Sida, on constate que les dépenses de Gouvernance et administration du système de santé et des financements sont les plus importantes (39,2 %). Ensuite, ce sont les dépenses en biens médicaux (30,2%), suivies des dépenses en faveur des soins curatifs (18,4%). Les dépenses courantes en faveur des soins préventifs représentent 6,4 % des dépenses de santé engagées en faveur du VIH/Sida au Cameroun.

Graphique IV. 17 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA au Cameroun par fonctions de santé



IV.5.6 Dépenses courantes de santé liées au VIH/Sida par Prestataires de soins de santé

S'agissant des prestataires, les dépenses courantes de santé en faveur du VIH/Sida ont été effectuées essentiellement en direction des agences étatiques de l'Administration de la santé (44,7 %), des Hôpitaux généraux (15,3 %) et des Pharmacies (14,4 %) en contrepartie des services qu'ils offrent dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun.

Tableau IV. 10 : Répartition des dépenses courantes de santé liées au VIH/SIDA par prestataires de soins

Codes	PRESTATAIRES DE SOINS	MONTANT TOTAL (FCFA)	POURCENTAGE (%)
HP.1.1	Hôpitaux généraux	2 619 820 536	15,28
HP.3.1	Cabinets privés	29 415 053	0,17
HP.3.4	Centres de soins ambulatoires	965 383 006	5,63
HP.4.2	Laboratoires Médicaux et de diagnostique	341 317 473	1,99

HP.5.1	Pharmacies	2 460 222 272	14,35
HP.5.2	Détaillants et autres fournisseurs de biens médicaux durables et d'appareils médicaux	147 291	0
HP.5.9	Tous autres détaillants divers et autres fournisseurs de produits pharmaceutiques et biens médicaux	941 140 827	5,49
HP.6	Prestataires de soins préventifs	928 917 779	5,42
HP.7.1	Agences étatiques de l'administration de la santé	7 660 901 301	44,68
HP.7.9	Autres agences administratives	134 750 792	0,79
HP.nec	Autres prestataires de soins de santé (n.c.a.)	1 062 722 335	6,2
Montant Total (FCFA)		**17 144 738 666**	**100**

CONCLUSION

A l'issue de cette première expérience d'élaboration des Comptes Nationaux de Santé, le Cameroun dispose des données permettant d'apprécier la traçabilité des flux des ressources ayant servi au financement de la Santé en 2011 à travers les mécanismes existants.

Ce premier exercice a permis de révéler d'une manière générale : (i) la prépondérance des dépenses en biens médicaux, (ii) l'insuffisance des financements de l'Etat, (iii) une contribution importante des ménages du fait de la quasi-inexistence de la couverture universelle.

En effet, les dépenses courantes en santé ont été pour la plupart consacrées à l'acquisition des biens médicaux (43,28%) et à l'encadrement du système de santé à travers la gouvernance administrative et financière (33,01%). Par ailleurs, les ménages ont constitué la principale recette de régime de financement de la santé au Cameroun, avec 52,2% des dépenses globales de santé contre 32,9% pour le gouvernement et 14,9% provenant des apports cumulés des employeurs, des ONGs, du reste du monde et des autres revenus nationaux.

S'agissant des sous comptes, l'exercice a révélé qu'une attention particulière a été accordée au financement de la santé de l'enfant et à la lutte contre le paludisme qui ont mobilisé à elles seules plus de 3/5ème des dépenses courantes de santé, soit respectivement 24, 29% et 28,57%, alors que la santé de reproduction a mobilisé 6,04%, la lutte contre le VIH/SIDA 3,64 %, et la lutte contre la tuberculose 0,6 %.

Par ailleurs, ce premier exercice des Comptes Nationaux de Santé a permis d'évaluer les obstacles liés au système d'information en matière financière des structures et institutions intervenant dans le domaine de la santé.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce premier exercice de production des CNS, les recommandations suivantes sont formulées à l'endroit des différents acteurs tant pour une amélioration du financement de la santé au Cameroun que pour une bonne organisation des prochains exercices d'élaboration des CNS.

- **A l'endroit du Gouvernement :**

  - Institutionnaliser l'élaboration des Comptes Nationaux de Santé pour une meilleure prise de décisions ;
  - Mettre en place dans les meilleurs délais la couverture santé universelle au Cameroun. Cela permettra de réduire les paiements directs des ménages et contribuera à réduire la corruption en milieu hospitalier ;
  - Poursuivre la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
  - Renforcer l'allocation des ressources financières pour les soins préventifs, la santé de la reproduction, les urgences et catastrophes et la promotion de la santé ;
  - Renforcer les capacités des acteurs du système de santé à la gestion comptable et financière, à l'archivage des données et documents financiers;
  - Sensibiliser tous les départements ministériels impliqués dans le domaine de la santé sur l'importance des CNS et leur adhésion.
  - Augmenter de manière progressive la part du budget de la santé pour atteindre au moins 15% du traité d'Abuja.

- **A l'endroit de la Cellule Opérationnelle des CNS :**

  - Améliorer la programmation des activités d'élaboration des CNS ;
  - Renforcer le plaidoyer auprès de tous les intervenants du système de santé pour leur adhésion au processus;
  - Mettre en place un mécanisme perrein de collecte systématique des données sur les dépenses de santé auprès des différents acteurs;

- **A l'endroit des Partenaires Techniques et Financiers**

  - Fournir les informations relatives aux dépenses de santé pour l'élaboration des CNS ;
  - Apporter un appui multiforme à l'élaboration régulière des CNS ;

- **A l'endroit des autres acteurs du financement de la santé (Prestataires de soins, CTD, ONG, Laboratoires,…)**

  - Fournir les informations relatives aux dépenses de santé disponibles à leur niveau ;
  - Améliorer la tenue et l'archivage des documents comptables de leur structure.

BIBLIOGRAPHIE

- Guide pour l'élaboration des CNS ;
- Loi des Finances de 2011 ;
- Loi des règlements de l'année 2011 ;
- Rapport final de l'enquête EDS MICS 2011 ;
- Rapport final de l'enquête ECAM III, 2007 ;
- System of Health Account 2011.

ANNEXES

LISTE DES PERSONNELS AYANT PRIS PART A L'ELABORATION DES CNS 2011

Noms & Prénoms	Structure
M. OLINGA ONDOA Jean Paul	Division des Etudes et Projets /MINSANTE
M. KAMENI LELE Benjamin	Cellule des Informations Sanitaires/MINSANTE
Dr BITA André	Cellule de la Planification et de la Programmation/MINSANTE
Madame TOUNA NOAH Claudine	Cellule des Informations Sanitaires/MINSANTE
M. TALLA FONGANG Cyrille	Cellule des Informations Sanitaires/MINSANTE
M. MPACTSE NGADE Jean	Cellule des Informations Sanitaires/MINSANTE
M. Julien MPAH	Division des Affaires Juridiques et du Contentieux /MINSANTE
M. FONKOUA Eric Jackson	Division de la Coopération /MINSANTE
M. BANGUE Bernard	USWAp/MINSANTE
M. MOUSSIMA Jeannot	Personne ressource
M. OMOGA Omer	Cellule de Suivi /MINSANTE
M. NDJONDO Nino Alfredo	DADM/MINEPAT
M. NKABKOB Thiomi	DGB/MINFI
M. GUETSOP Paul Molière	INS
M. ESSOBE John	CEPCA
Dr NISSACK Françoise	OMS
M. SEUKAP Roger	UNFPA
M. SHARIFF EGAL	UNFPA
M. ANGUISSA ABESSOLO Jean Pierre	ICAP
GNACADJA Erick	Consultant OMS
DJESSIKA AMENDA	Consultant OMS