

XXVII IUSSP International Population Conference
XXVII^e Congrès international de la population (UIESP)
Busan, Korea ▶ 26-31 August 2013

Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages au Cameroun

Joseph Parfait OWOUNDI¹

Résumé

Les dirigeants africains qui se sont engagés lors de la conférence d'Abuja en 2001, à mobiliser plus de ressources financières pour allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé pour la réalisation des OMDs, semblent avoir du mal à respecter cet engagement du fait des faiblesses et des fragmentations de leurs systèmes de santé. Ces engagements ont été renouvelés à Gaborone au Botswana en 2005 puis à Ouagadougou au Burkina Faso en 2006. En effet, le financement des bailleurs représente encore aujourd'hui une grande part des dépenses en santé publique du continent. Dans certains pays, 50% ou plus de leurs budgets viennent de l'aide étrangère ou privée. Dans près de la moitié des pays, le financement privé de la santé est égal ou dépasse très largement le financement public, allant jusqu'à 70% dans certains États comme le Soudan, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Tchad, le Libéria ou l'Ouganda. Seuls cinq pays (Rwanda, Malawi, Zambie, Burkina Faso, Togo) ont pour le moment respecté la promesse faite à la conférence d'Abuja. Au Cameroun, où 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour, la **propension moyenne de la consommation médicale totale des ménages** est très élevée. En effet, 32% des ménages dépensent moins de la moitié du revenu à la santé tandis que 16 % des ménages dépensent plus de la moitié du revenu et 52 % dépensent plus de la totalité du revenu. Ce qui correspond à un poids de 68% en dépenses de santé.

Mots Clés : Dépenses de Santé ; Revenu des Ménages ; Propension Moyenne de la Consommation Médicale Totale.

¹Ministry of Economy, Planning and Regional Development. Po Box.660, Yaoundé- Cameroun.
Correspondence to Joseph Parfait OWOUNDI (E-mail: owoundijoseph@yahoo.fr).
Phones numbers: (+237) 75065266; (+237) 22 23 66 13.

Introduction

Disposer de fonds suffisants pour la santé est une question fondamentale. Dans de nombreux pays, les dépenses de santé restent inférieures au seuil critique défini pour la prestation d'une série de services de santé de base. Pour les pays pauvres, le défi consiste à accroître le financement disponible afin d'offrir les services nécessaires et de garantir une qualité suffisante des soins² (traitement, prévention, réadaptation et promotion de la santé). Pour les pays riches, le défi consiste à ce que les dépenses de santé n'augmentent pas avec le vieillissement de la population (qui a des conséquences sur les recettes et sur les dépenses) et l'augmentation des coûts sous l'effet des progrès technologiques (un défi que doivent également relever certains pays plus pauvres).

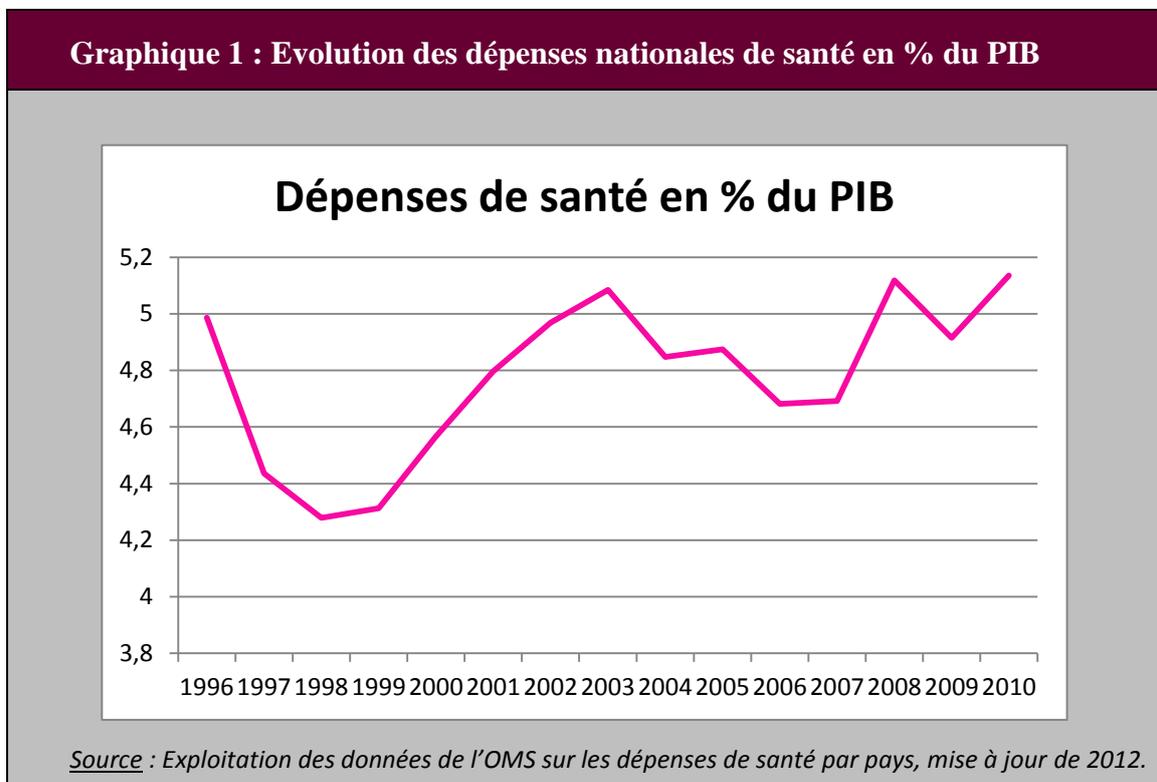
L'initiative de Bamako, adoptée en 1988, a mis en place une stratégie de participation communautaire et de recouvrement des coûts en vue de promouvoir les soins de santé primaires. L'adhésion effective des pays d'Afrique subsaharienne a été très progressive au cours des années 90. Le recouvrement des coûts pose toujours le problème de l'accessibilité financière par l'absence d'une politique de partage des risques couplée à l'accessibilité géographique par manque de suivi de la couverture sanitaire. L'élasticité prix de la demande exclut les classes défavorisées pour lesquelles le statut d'indigent et les mesures de prise en charge qui l'accompagnent sont le plus souvent restés au stade de projet. La mise en place des systèmes de financement garantissant la réduction des inégalités est limitée par une économie essentiellement fondée sur des bases informelles (A. Richard, 2004).

D'après une étude menée par Adam Leive et Ke Xu en 2008, le système de financement des dépenses de santé en Afrique est trop faible pour protéger les ménages des dépenses catastrophiques. Le recours à l'emprunt ou à la vente de biens pour financer les soins de santé est une pratique courante. La proportion des ménages ayant réglé leurs dépenses de santé par un emprunt ou la vente de biens allait de 23 % en Zambie à 68 % au Burkina Faso.

²Ces soins font référence à ce que l'OMS appelle Couverture Sanitaire Universelle, qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. La couverture universelle prend ses racines dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1948, qui fait de la santé l'un des droits fondamentaux de tout être humain, et dans la Stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979 (www.who.int).

1. Contexte socioéconomique

La crise économique des années 1980 a enfoncé le Cameroun dans la récession. Accentuée par la baisse de 60 % des salaires des fonctionnaires en 1993 et la dévaluation du franc CFA en 1994, cette crise a sensiblement modifié la structure de la consommation et de l'accès aux soins. Ainsi, la baisse de la capacité financière des ménages s'est accompagnée d'une baisse du budget de l'État consacré à la santé. La part des dépenses de santé dans le budget des ménages est passée de 4 % en 1984 à 6 % en 1996, puis à 7,2 % en 2001. Entre 1995 et 1996, la dépense totale de santé était de 250 milliards de francs CFA, dont 72 % financés par les ménages, 22 % par l'État et 6 % par les partenaires (Commeyras et al., 2005). Le Graphique 1 ci-dessous montre l'évolution des dépenses nationales de santé en pourcentage du PIB.



En 1982, le Cameroun a adopté et implémenté les soins de santé primaire (santé pour tous en l'an 2000) afin d'assurer une gratuité des soins. En 1993, le pays a adopté l'Initiative de Bamako à travers la politique de réorientation des soins de santé primaire, à travers : le recouvrement des coûts pour les soins et les médicaments ; la participation communautaire ; et l'organisation en districts de santé (Sieleunou et al., 2010). Par ailleurs, le Cameroun a bénéficié de financements innovants de la santé suite aux nombreuses initiatives internationales visant l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à

l'horizon 2015. L'Approche Sectorielle de Santé (SWAp), adoptée en 2010, apparaît comme un instrument clé de mobilisation et d'optimisation de l'utilisation des ressources pour la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de Santé. Malgré ces différentes mesures, la « *Propension Moyenne de la Consommation Médicale Totale* » des ménages est élevée au Cameroun, où 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour.

L'objectif de cette étude est de fournir des éléments de réponse sur les relations entre « Population et santé » à travers l'analyse du poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages. Ainsi, cette étude se propose donc de répondre à quelques questions propres à la situation du Cameroun, notamment : Quel est le poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages ? Quelle est la part du revenu des ménages consacrée aux dépenses de santé ? Quelle est la « **propension moyenne de la consommation médicale totale des ménages** » ? Quel est le profil des ménages qui supportent le poids des dépenses de santé ? A cet effet, nous avons structuré notre travail en cinq parties, à savoir : (i) l'introduction ; (ii) les généralités sur les dépenses de santé en Afrique ; (iii) les inégalités de distribution du revenu au Cameroun ; (iv) la méthodologie ; (v) l'analyse des données ; et (vi) la conclusion et les recommandations.

2. Définition des concepts

Dépenses de santé

Selon la définition de la Banque Mondiale, le total des dépenses de santé est la somme des dépenses de santé publiques et privées. Ils englobent la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence réservée à la santé mais il exclut la prestation d'eau et de services d'hygiène.

Les dépenses de santé, retracées dans les comptes de la santé, recouvrent différents types de prestations : les frais d'hospitalisation, les frais de "soins ambulatoires", les dépenses de médicament, les dépenses d'optique, de prothèses et de petits matériels médicaux, les frais de transports sanitaires (IRDES, 2013).

Dans le cadre de cette étude, les dépenses de santé des ménages, comprennent les dépenses liées aux soins et biens médicaux (soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux), ainsi que la médecine préventive.

Financement de la santé

D'après l'OMS, le financement de la santé est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé. Les questions ci-après relatives au financement de la santé, doivent être posées :

- comment et auprès de quelles sources lever suffisamment de fonds, en faveur de la santé ?
- comment surmonter les obstacles financiers qui excluent de nombreux pauvres de l'accès aux services de santé ?
- comment proposer un éventail de services de santé équitables et efficaces ?

Revenu des ménages

En économie, le revenu primaire (ou les revenus primaires) des ménages est le revenu que les ménages tirent de leur contribution à l'activité économique, soit directement (revenu d'activité salariée ou non salariée), soit indirectement (revenu de placement mobilier ou immobilier). Il n'inclut donc pas les prestations sociales - c'est un revenu avant redistribution. En comptabilité nationale, les revenus primaires des ménages comprennent les revenus liés directement ou indirectement à une participation des ménages au processus de production (INSEE, 2013). Dans le cadre de notre étude, le revenu évoqué ici, est le revenu imputé à l'activité principale des membres du ménage.

Propension moyenne de la consommation médicale totale

La propension moyenne de la consommation médicale indique la part du revenu consacré à la consommation médicale. La consommation médicale totale regroupe la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), ainsi que la médecine préventive. Il s'agit des soins hospitaliers, soins ambulatoires, transports sanitaires et les biens médicaux.

Poids des dépenses de santé

Au niveau individuel, le poids des dépenses de santé peut être considéré comme le rapport entre la dépense de santé et le revenu. Mais dans le souci de définir les classes vulnérables et les couches sociales défavorisées sur lesquels les mesures devront être prises pour améliorer la qualité de la dépense de santé, on peut donc définir le poids de la dépense de santé comme étant la proportion des ménages ou des personnes qui supportent des dépenses de santé largement supérieure à la moitié du revenu d'un ménage.

3. Généralités sur le financement de la santé en Afrique

La problématique essentielle qui se pose en termes de dépenses de santé n'est pas de savoir comment les réduire mais bel et bien comment on va choisir de les financer (question des recettes) et de les optimiser (question de l'organisation), avec l'objectif d'une santé solidaire dans un système équitable. Ainsi, la réflexion sur les dimensions financières de dépenses et de recettes du système de santé ne peut être menée sans s'intéresser à la problématique de l'organisation de ce système. En effet, qu'il s'agisse d'apporter de nouvelles ressources au système ou d'envisager la façon dont ses dépenses doivent relever de la collectivité *versus* des individus, toute orientation prise n'est acceptable que si l'effort financier consenti est équitable et optimisé dans ce à quoi il va être utilisé.

Cependant, trois développements fondamentaux paraissent entretenir « en amont » le dynamisme de la dépense. Il s'agit : **(i) des évolutions sanitaires** (épidémiologie et vieillissement), qui façonnent les besoins et la demande en matière de soins ; **(ii) le niveau de vie**, à travers l'élévation de la demande de soins entraînée par une hausse du revenu ; et **(iii) l'avancée des connaissances médicales** (progrès technique), permettant à la fois de mieux diagnostiquer des pathologies et de mieux les soigner (**Albouy et al., 2009**). Ainsi, la connaissance de l'ampleur même des dépenses de santé supportée par les ménages est une piste qu'il convient d'explorer, vue l'importance des dépenses privées de santé dans la planification du développement.

Les dirigeants africains qui se sont engagés lors de la conférence d'Abuja en 2001, à mobiliser plus de ressources financières en vue de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en allouant au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé, semblent avoir du mal à respecter leurs engagements, du fait des faiblesses et des fragmentations de leurs systèmes de santé. Ces engagements ont été renouvelés à Gaborone au Botswana en 2005 puis à Ouagadougou au Burkina Faso en 2006. En effet, le financement des bailleurs représente encore aujourd'hui une grande part des dépenses en santé publique du continent. Ainsi, dans certains pays, 50% ou plus de leurs budgets viennent de l'aide étrangère ou privée, selon le Rapport 2013 de l'OMS sur les statistiques sanitaires mondiales (voir tableau ci-après).

Dans près de la moitié des pays soit 40 %, le financement privé de la santé est égal ou dépasse très largement le financement public , allant jusqu'à plus de 70% (voir Graphe 1.2) dans certains États comme : le Cameroun (70,4%) ; la RDC (71,6%), Sao Tomé et principes

(64,7%) ; le Tchad (75%) ; la Côte d'Ivoire (75,5%) ; la Guinée (67,5%) ; la Guinée Bissau (66,9%) ; le Libéria (81%) ; le Nigéria (68,5 %) ; la Sierra Léone (84,7%) ; le Burundi (65%) ; l'Ouganda (76,9%) ; le Soudan (72,4%) ; la Tanzanie (60,8%) ; l'Île Maurice (62,9%). Les dépenses des régimes de sécurité sociale en santé par contre sont très faibles ou inexistantes dans la plupart de ces pays.

Tableau 1 : Dépenses de santé en Afrique Subsaharienne

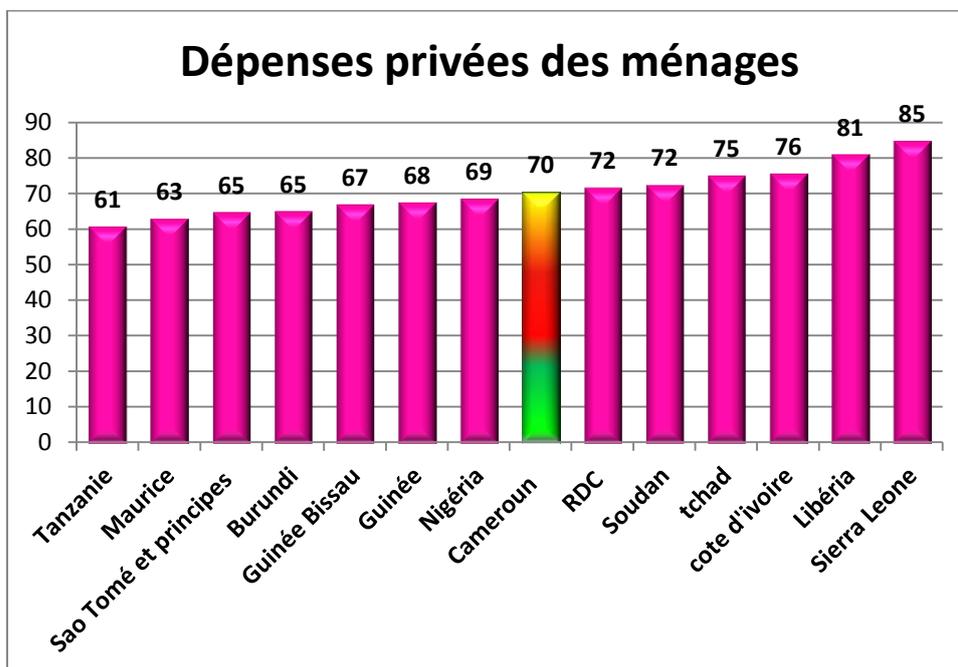
Etats Membres De l'OMS	Ratios des dépenses en santé en Afrique Subsaharienne											
	Dépenses totales de santé (DTS) (% PIB)		Dépenses des administrations publiques en santé(APS) (en % des DTS)		Dépenses privées de Santé(en% des DTS)		Dépenses des APS (en % des dépenses totales des administrations publiques		Financements externes (en % des DTS santé)		Dépenses des régimes de sécurité sociale en santé (en % des dépenses des APS)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Afrique centrale												
Cameroun	4,4	5,1	19,3	29,6	80,7	70,4	5,5	8,5	4,3	7,0	4,2	2,6
Congo	2,1	2,3	57,5	60,5	42,5	39,5	4,8	6,5	4,6	4,6	0	0
Gabon	2,5	3,5	42,0	51,8	58,0	48,2	4,8	6,6	2,6	2,3	5,7	24,9
Guinée- Equatorial	1,9	4,2	46,3	57,4	53,7	42,6	7,8	7,0	8,8	2,1	0	0
République Centrafricaine	2,2	3,8	93,1	51,0	6,9	49,0	12,9	10,4	35,4	25,3	...	...
RDC	4,7	7,5	4,2	28,4	95,8	71,6	1,8	10,0	2,8	33,0	...	...
Sao Tomé et Principes	8,4	7,5	43,2	35,3	56,8	64,7	9,0	5,6	34,8	20,3	0	0
Tchad	6,3	4,0	42,5	25,0	57,5	75,0	13,1	3,3	24,9	7,9	...	...
Afrique de l'Ouest												
Bénin	1,9	4,3	99,9	51,2	0,1	48,8	10,0	10,5	38,5	32,8	0,5	0,4
Burkina Faso	5,1	7,4	39,6	55,4	60,4	44,6	8,8	15,7	13,9	36,1	0,8	0,4
Botswana	4,7	5,1	62,2	64,5	37,8	35,5	7,3	8,7	0,5	8,0	...	...
Cap-Vert	4,8	2,3	73,3	49,1	26,7	50,9	9,9	2,5	13,0	19,5	34,9	87,3
Côte d'Ivoire	1,4	6,2	94,9	24,5	5,1	75,5	7,2	6,8	19,4	8,3	...	...
Gambie	3,6	4,4	34,2	56,1	65,8	43,9	10,4	11,3	19,1	39,2	0	0
Ghana	4,7	5,2	48,7	58,2	51,3	41,8	8,3	12,1	14,5	16,5	0	25,2
Guinée	5,7	6,2	18,7	32,5	81,3	67,5	6,4	6,8	13,4	26,7	1,1	4,5
Guinée-Bissau	4,9	7,0	10,5	33,1	89,5	66,9	2,3	11,1	30,0	28,5	5,4	1,1
Libéria	5,9	16,4	24,5	19,0	75,5	81,0	6,7	11,1	9,2	42,4	0	0
Mali	6,0	6,5	29,2	43,5	70,8	56,5	7,5	12,3	8,2	22,2	1,8	0,7
Niger	3,4	4,8	44,5	49,2	55,5	50,8	8,4	11,1	40,4	32,7	3,3	1,3
Nigeria	4,6	5,4	33,5	31,5	66,5	68,5	4,2	5,7	16,2	8,7	0	0
Sénégal	4,3	5,8	36,8	56,9	63,2	45,1	8,5	12,1	17,4	18,4	8,8	3,9
Sierra Leone	17,5	20,8	22,6	15,3	77,4	84,7	14,2	11,7	5,5	26,8	0	0
Togo	5,3	7,5	28,5	45,9	71,5	54,1	8,5	15,4	5,9	18,2	11,7	6,5
Afrique de l'Est												
Burundi	6,2	9,1	29,3	35,0	70,7	65,0	7,5	8,1	19,1	40,9	25,1	23,0

Etats Membres De l'OMS	Ratios des dépenses en santé en Afrique Subsaharienne											
	Dépenses totales de santé (DTS) (% PIB)		Dépenses des administrations publiques en santé (APS) (en % des DTS)		Dépenses privées de Santé (en % des DTS)		Dépenses des APS (en % des dépenses totales des administrations publiques)		Financements externes (en % des DTS santé)		Dépenses des régimes de sécurité sociale en santé (en % des dépenses des APS)	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Djibouti	4,0	7,9	99,2	68,5	0,8	31,5	12,0	14,1	47,7	22,1	11,3	9,6
Erythrée	4,5	2,9	39,1	45,2	60,9	54,8	2,6	3,6	29,8	35,0	0	0
Ethiopie	4,3	4,8	53,6	52,9	46,4	47,1	8,9	13,7	16,5	36,1	0	0
Kenya	4,7	4,4	46,3	40,2	53,7	59,8	10,5	5,9	8,0	37,9	10,9	13,0
Maurice	3,7	6,2	52,0	43,7	48,0	56,3	8,7	10,8	1,4	1,9	...	...
Ouganda	6,6	9,2	26,8	23,1	73,2	76,9	7,3	10,8	28,3	27,6	0	0
Rwanda	4,2	10,4	39,2	54,8	60,8	45,2	8,2	23,3	52,0	48,0	6,4	9,2
Seychelles	4,8	3,3	82,7	91,9	17,3	8,1	7,3	9,3	4,3	4,2	5,0	1,1
Somalie	2,4	...	44,8	...	55,2	...	4,2	...	40,1	...	0	...
Soudan	3,3	7,2	25,8	27,6	74,2	72,4	7,6	10,3	4,5	2,9	...	11,1
Tanzanie	3,4	7,2	43,4	39,2	56,6	60,8	10,2	11,1	27,8	39,6	0	4,5
Zambie	5,7	6,0	51,3	60,8	48,7	39,2	9,4	16,0	17,8	43,7	0	0
Afrique Australe												
Afrique du Sud	8,1	8,7	42,3	46,6	57,7	56,4	10,9	12,4	0,3	2,2	3,3	2,9
Angola	2,9	3,4	58,1	61,0	41,9	39,0	2,9	6,3	3,0	2,3	0	0
Comores	3,6	5,3	42,1	57,2	57,9	42,8	9,3	13,1	20,5	15,3	0	0
Lesotho	7,0	11,5	51,2	70,3	48,8	29,7	6,3	13,8	3,1	18,2	0	0
Madagascar	3,7	3,6	66,5	58,1	33,5	41,9	15,5	13,5	20,1	9,5	...	...
Malawi	3,0	8,4	91,2	74,2	8,8	25,8	9,0	18,5	53,4	58,1	0	0
Mozambique	6,2	6,3	70,0	52,8	30,0	47,2	17,0	10,4	25,3	62,2	0,3	20,3
Maurice	3,7	5,6	52,0	37,1	48,0	62,9	8,7	8,3	1,4	1,6	0	0
Mauritanie	6,0	6,1	66,5	66,0	33,5	34,0	12,9	13,1	11,2	7,4	8,7	8,5
Namibie	6,1	5,5	68,9	58,0	31,1	42,0	6,9	6,5	3,8	25,5	1,8	2,7
Swaziland	5,3	7,8	56,3	71,1	43,7	28,9	10,5	13,7	5,8	14,4	0	0
Zimbabwe	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Source : Exploitation du Rapport 2013 des statistiques sanitaires de l'OMS.

Par ailleurs, 10,63 % seulement (5 sur 47 pays) ont respecté pour le moment les engagements d'Abuja, à allouer au moins 15% de leurs budget à la santé. Il s'agit du Rwanda, du Malawi, de la Zambie et du Burkina Faso et le Togo. Par ailleurs, de nombreux efforts sont encore attendus de la plupart des pays. Ainsi, 38% (18 sur 47 pays) consacrent encore moins de 10 % de leurs budgets à la santé tandis que 51% (24 sur 47 pays) allouent actuellement entre 10 et 14% de leurs budgets à la santé. Ainsi, pour que cet engagement d'Abuja soit respecté par les Etats africains, d'autres sources de financement sont indispensables. La carte 1 ci-après nous donne la répartition du pourcentage du budget alloué à la santé par les pays africains.

Graphique 2 : Dépenses privés en santé des Pays d’Afrique subsaharienne compris entre 60 et plus de 70% des dépenses totales de santé.



Source : Exploitation du Rapport 2013 de l’OMS sur les statistiques sanitaires mondiales.

4. Méthodologie

4.1. Source de données³

La base de sondage utilisée est constituée des zones de dénombrement (ZD) du dernier recensement de la population et de l’habitat (RGPH, 2005). Dans chaque arrondissement ou district, les ZD du milieu urbain sont numérotées de 001 à 699 et celles du milieu rural de 700 à 999. Un taux de redressement des données brutes sur la population de 1,2 a été retenu. Au premier degré dans chaque strate, l’on tire des zones de dénombrement (ZD) proportionnellement à leur taille pour tenir compte des disparités subsistantes entre ces tailles; Au second degré, un échantillon de ménages est tiré dans chaque ZD sélectionnée au premier degré. Ainsi, dans l’ensemble des 12 régions d’enquête, 12 609 ménages ont été sélectionnés dans 742 ZD, soit un effectif de 12 ménages par ZD à Douala/Yaoundé, et de 18 dans le reste du pays. Les achats et acquisitions quotidiennes étaient relevés pendant 15 jours au sein de chaque ménage urbain et en deux passages dans les ménages ruraux couvrant 10 jours

³La méthodologie générale retenue dans le cadre de la troisième enquête nationale sur la pauvreté réalité par l’Institut Nationale de la Statistique en 2007 est détaillée dans le rapport de l’enquête et téléchargeable sur le site de l’INS du Cameroun. Ce sont les données de cette enquête qui serviront comme base de notre analyse.

devaient être complétés par les relevés des dépenses rétrospectives. L'enquête a duré trois mois, afin de prendre en compte des fluctuations saisonnières.

4.2.Approche Macroéconomique de la dépense globale

L'approche macroéconomique utilisée ici est celle de la dépense globale de Keynes⁴, selon laquelle « **le niveau du revenu réel (ignorant les prix) est la principale cause déterminante de la dépense globale** ». A cet effet, la dépense globale (AE) est la somme de ce que les ménages projettent d'acheter (ou consommation C), et de ce que les entreprises projettent de consommer sous forme de capital (ou investissement I): $AE = C + I$. Ainsi, la volonté d'utiliser une proportion de revenus (Y) pour la consommation (C) est appelée propension moyenne à consommer (APC): $APC = C/Y$. Au fur et à mesure que les revenus augmentent, la propension moyenne à consommer diminue. En effet, on peut observer ce phénomène chez les individus aisés qui consacrent une plus petite part de leur revenu à la consommation que ne le font les plus pauvres (ces derniers peuvent, en fait, être obligés de recevoir de l'argent d'autrui). La propension marginale à consommer (MPC) est la proportion de consommation supplémentaire (dC) qui s'ajoutera lors d'une augmentation de revenus (dY): $MPC = dC/dY$.

La principale hypothèse retenue dans le cadre de cette étude est la suivante : « **Le niveau du revenu détermine la dépense globale de santé** ».

Pour vérifier ladite hypothèse, nous allons utiliser les méthodes d'analyse multivariées, à partir du logiciel SPSS (Statistical Package Social Sciences) sous Windows au moyen des techniques statistiques de la régression de la variance (Anova à un facteur), et de l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (ACM). Ceci nous permettra de mettre en évidence la variation du poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages. Les données à utiliser seront celles de la troisième enquête sur les conditions de vie des populations et le profil de la pauvreté au Cameroun, réalisée en 2007 (ECAM III).

⁴La principale approche présentée ici est celle de l'emploi de Keynes qui a pour but de proposer une solution aux périodes de chômage excessif (c.-à-d. lors de récession). Cette solution est liée à l'idée que l'emploi dépend de ce que les entreprises doivent produire tandis que le niveau de production dépend de ce que les ménages et les entreprises projettent d'acheter. C'est ce que Keynes appelle la dépense globale.

5. Analyse du Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages

5.1. Distribution du revenu au Cameroun

Le revenu moyen annuel de la société camerounaise a augmenté entre 1996 et 2001, passant de 243.240,44 FCFA en 1996 à 294.403,41 FCFA en 2001, soit une augmentation de 21% (ECAM 1996 et 2001), avant de passer à 659.376 FCFA en 2007. Malgré cette augmentation du revenu, on note cependant de nombreuses inégalités entre la distribution des revenus au niveau national. L'indice de Gini est passé de 0,406 en 1996 à 0,408 en 2001, soit une variation positive de 0,002, qui dénote de l'accroissement des inégalités au Cameroun. Pour rendre compte de cette distribution de revenu de manière précise, nous allons calculer les indices de distribution de Theil, de Gini et de Hoover en 2007.

5.1.1. indice de Theil

L'**indice de Theil** (T_i) est un indice de mesure d'inégalité fondé sur l'entropie de Shannon⁵ :

- Un indice de 0 indique une égalité absolue.
- Un indice de 0,5 indique une inégalité représentée par une société où 74 % des individus ont 26 % des ressources et 26 % des individus ont 74 % des ressources.
- Un indice de 1 indique une inégalité représentée par une société où 82,4 % des individus ont 17,6 % des ressources et 17,6 % des individus ont 82,4 % des ressources.

Nous avons calculé l'indice de Theil à partir de la formule ci-après :

$$T = \text{Ln} \left(\frac{A_{\text{total}}}{E_{\text{total}}} \right) - \frac{\sum_{i=0}^N E_i \text{Ln} \left(\frac{A_i}{E_i} \right)}{E_{\text{total}}}$$

- N : Nombre des quartiles
- E_i : ressources pour le quantile i ,
- A_i : effectif dans le quantile i ,
- E_{total} : ressources pour tous les quantiles dans une société (une nation, etc.),
- A_{total} : effectif de la société (de la nation, etc.).

L'indice de Theil obtenu à partir de cette formule est $T_i = 1$. Nous concluons ainsi que la société camerounaise est représentée par les inégalités où 82,4 % des individus ont 17,6 % des ressources et 17,6 % des individus ont 82,4 % des ressources.

⁵ L'**entropie de Shannon**, due à Claude Shannon (vers 1948), est une fonction mathématique qui, intuitivement, correspond à la quantité d'information contenue ou délivrée par une source d'information. Cette source peut être un texte écrit dans une langue donnée, un signal électrique ou encore un fichier informatique quelconque (collection d'octets). Soit un espace fondamental discret $\Omega = \{\omega_i, i \in I\}$ et P une probabilité sur $(\Omega, \mathbf{P}(\Omega))$, l'entropie de Shannon est définie par $\mathbf{I}(\mathbf{P}) = -\sum_{i \in I} p_i \log(p_i)$ où $p_i = \mathbf{P}(\{\omega_i\})$.

Par ailleurs, l'entropie existe en version combinatoire, en version de probabilités discrètes ou encore en probabilités continues.

5.1.2. L'Indice de Gini

Le **coefficient de Gini** (G) quant à lui est une mesure du degré d'inégalité de la distribution des revenus dans une société donnée, développée par le statisticien italien Corrado Gini. Le coefficient de Gini est un nombre variant de 0 à 1, où 0 signifie l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu) et 1 signifie l'inégalité totale (une personne a tout le revenu, les autres n'ont rien, cas extrême du maître et de ses esclaves).

Nous avons calculé ce coefficient à partir de la formule ci-après :

$$G = 1 - \sum_{i=0}^{p-1} ((n_i + 1) / n) * (\beta_i + (\beta_i + 1))$$

Pour k allant de 1 à n, on calcule : $\alpha_k = (n_1 + n_2 + \dots + n_k) / n$ et $\beta_k = (n_1 x_1 + n_2 x_2 + \dots + n_k x_k) / m$. On a toujours $\alpha_p = \beta_p = 1$. Par commodité on pose $\alpha_0 = \beta_0 = 0$. α_k est le pourcentage des individus ayant une valeur du caractère inférieure ou égale à x_k : ces individus possèdent une fraction de la masse totale égale à β_k . On peut aussi dire que β_k est la masse (en %) possédée par les α_k premiers individus (en %), ceux-ci étant classés par valeur croissante du caractère.

En appliquant la formule ci-dessus, nous obtenons la valeur de $G = 0,712$ en 2007, soit un accroissement de 0,3 entre 2001 et 2007. Ce résultat montre bien que les inégalités de revenu sont assez élevées au Cameroun.

5.1.3. L'indice de Hoover

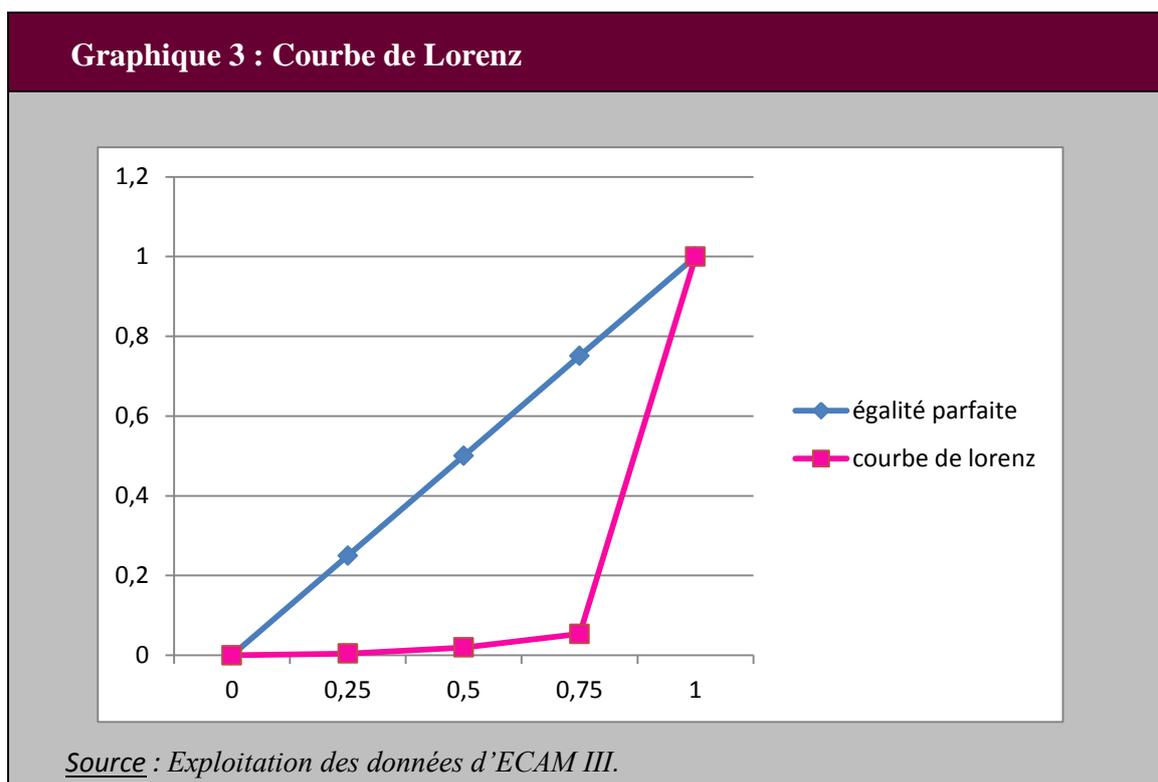
L'**indice de Hoover** (H) est le plus simple de tous les indices de mesure d'inégalité de revenu. Il est égal à la **portion du revenu** de la population totale qui devrait être **redistribuée**. C'est la portion qui doit être prise à la partie la plus riche de la population (revenu supérieurs à la moyenne) et donnée à la partie la plus pauvre (revenus inférieurs à la moyenne) pour qu'il y ait une **égalité parfaite** (chacun a pour revenu, le revenu moyen). Nous avons utilisé la formule ci-après pour calculer cet indice :

$$H = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^N \left| \frac{E_i}{E_{total}} - \frac{A_i}{A_{total}} \right|$$

- N : Nombre des quantiles
- E_i : ressources pour le quantile i ,
- A_i : effectif dans le quantile i ,
- E_{total} : ressources pour tous les quantiles dans une société (une nation, etc.),
- A_{total} : effectif de la société (de la nation, etc.).

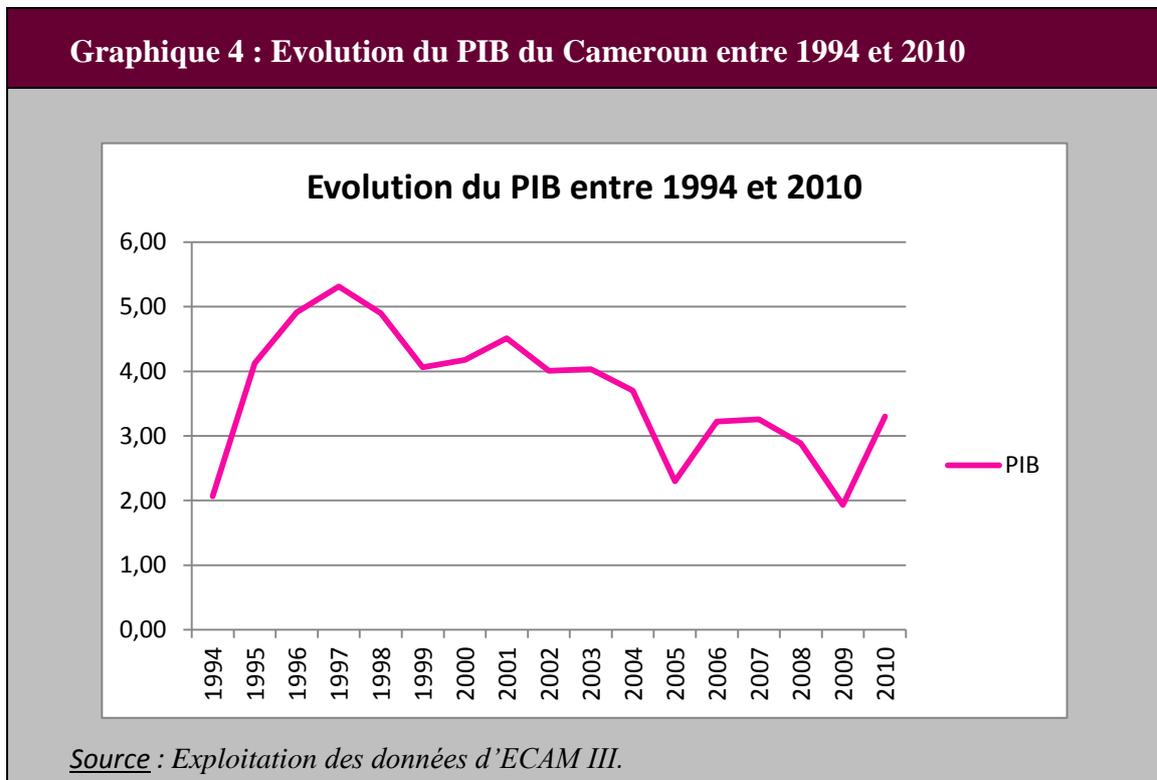
- ❖ **Avantage** : L'indice est bien compris entre 0 (équirépartition) et 1 (concentration maximale). On notera que la valeur 1 ne pourrait être atteinte que si on avait une *infinité* d'individus ne possédant rien et un individu possédant tout ;
- ❖ **Inconvénients** : L'indice ne renseigne pas sur la structure des inégalités (2 groupes à revenus différents ou bien 1 individu très riche et beaucoup d'individus pauvres).

L'indice de Hoover est généralement utilisé dans les applications liées aux classes socio-économiques et la santé. Mais cet indice ne mesure pas les inégalités au sein des parties les plus riches ou les plus pauvres. C'est pourquoi on peut lui préférer le coefficient de Gini, qui est basé sur la courbe de Lorenz. En appliquant la formule ci-dessus, nous trouvons $H=0,698$. Une fois de plus, le résultat obtenu montre que les inégalités de revenu sont assez importantes en 2007 au Cameroun. Ces résultats peuvent être illustrés par la courbe de Lorenz ci-après :



Les résultats susmentionnés sont le fruit d'une économie camerounaise ralentit au cours de la période comprise entre 1997 et 2005, où la croissance du PIB réel a connu un ralentissement passant de 5,31 % à 2,3% (INS, 2010). Ce ralentissement s'explique par la détérioration de la balance commerciale, la morosité de l'environnement économique international et l'aggravation des difficultés budgétaires du pays découlant des effets

combinés de la crise économique et financière mondiale, de la crise alimentaire et du déficit énergétique. Le graphique 4 ci-après montre la tendance de l'évolution du PIB du Cameroun.



Graphique 4 : Evolution du PIB du Cameroun entre 1994 et 2010

Malgré l'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE en 2006 et la signature du C2D avec la France, le chômage et le sous-emploi restent très importants au Cameroun, notamment chez les jeunes. Il en résulte un mécontentement général d'une jeunesse qui n'a que peu d'espoir de promotion sociale. Ceci a abouti aux émeutes de février 2008 au Cameroun, traduisant les mécontentements des populations face à la faim et à la hausse du prix des carburants et de celle des produits de première nécessité.

Aussi, le gouvernement a-t-il pris des mesures d'urgence afin de stimuler le secteur agricole et notamment les productions jugées prioritaires telles que le maïs, le riz, le manioc, la pomme de terre, le palmier à huile et la banane plantain.

5.2. Propension marginale et moyenne de la consommation médicale totale

5.2.1. Propension Marginale de la Consommation Médicale

Comme nous l'avons défini à la partie réservée à la méthodologie, la propension marginale à consommer (MPC) est la proportion de consommation supplémentaire (dC) qui s'ajoutera lors d'une augmentation de revenus (dY) : $MPC = dC/dY$. Nous l'avons calculé entre les deux enquêtes qui ont eu lieu en 2001 et 2007. Le revenu moyen mensuel obtenu à partir de la distribution des fréquences s'élève à 54948 FCFA en 2007 contre 37000 FCFA en 2001, et la dépense de santé moyenne annuelle à 12775 FCFA en 2007, contre 22000 FCFA en 2001, d'après les rapports généraux des enquêtes 2001 et 2007.

Ainsi, $MPC = (12775-22000) / (54948-37000) = -9225/17948 = -0,5$. Ce résultat montre que la consommation a diminué entre 2001 et 2007, mais à un rythme lent par rapport à l'augmentation du revenu. La valeur de l'élasticité obtenue par la loi d'Engels est la suivante :

$$\varepsilon = \Delta C / C / \Delta R / R = ((C_2 - C_1) / C_1) / ((R_2 - R_1) / R_1)$$
$$\varepsilon = ((12775 - 22000) / 12775) / ((54948 - 37000) / 54948) = -0,86$$

Nous obtenons $\varepsilon = -0,86 < 0$. Nous nous retrouvons donc en situation de biens inférieurs, c'est-à-dire que la demande baisse, lorsque le revenu augmente.

5.2.2. Propension Moyenne de la Consommation Médicale Totale

Comme nous l'avons souligné plus haut, $APC = C/Y$. Nous avons créé cet indicateur au moyen du logiciel d'analyse des données SPSS. A cet effet, nous avons exclu les ménages ayant une dépense de santé nulle (20% des ménages enquêtés) pour éviter le gonflement des effectifs pour le premier quartile de dépense de santé, car seuls les individus ayant dépensé ressentent le poids des dépenses de santé. Aussi, pour éviter les biais relatifs à la mesure de la dépense de santé, nous avons sélectionné uniquement les dépenses du chef de ménage, car ce dernier supportant la plupart des dépenses du ménage. Par ailleurs, nous avons obtenu les résultats suivants : parmi les 11391 ménages enquêtés, 9018 ménages soit 80% ont effectivement dépensé dans la santé en 2007. Sur ces 9018 ménages, 32,2% ont dépensé moins de la moitié du revenu dans la santé ; 16,3% quant à eux ont dépensé plus de la moitié du revenu dans la santé, et enfin, 51,5% des ménages ont dépensé plus de la totalité de leur revenu dans la santé.

La dépense de santé globale au niveau nationale s'élève à **711.343.126 FCFA** tandis que le revenu annuel global est de **565.795.940 FCFA**, soit une propension moyenne annuelle de la consommation médicale totale de **1,25**. Ce résultat montre que la population camerounaise dépense plus de la totalité du revenu à la santé. Les tableaux ci-après résument la situation.

Tableau 2 : Propension moyenne de la consommation médicale totale par région

Régions	Propension moyenne de la consommation médicale des ménages par région (%)		
	Moins de la moitié de revenu	Plus de la moitié du revenu	Plus de la totalité du revenu
Adamaoua	48	18,7	33,3
Extrême-nord	32,6	14,7	52,7
Nord	33,2	16,9	49,9
Est	33,1	19	47,9
Centre	33,6	15,8	50,7
Littoral	31,6	16,4	52
Nord-ouest	21,6	12,2	66,2
Ouest	20,4	16,8	62,7
Sud	37,6	18,8	43,6
Sud-ouest	27,9	16,7	55,4
National	31,96	16,6	51,44

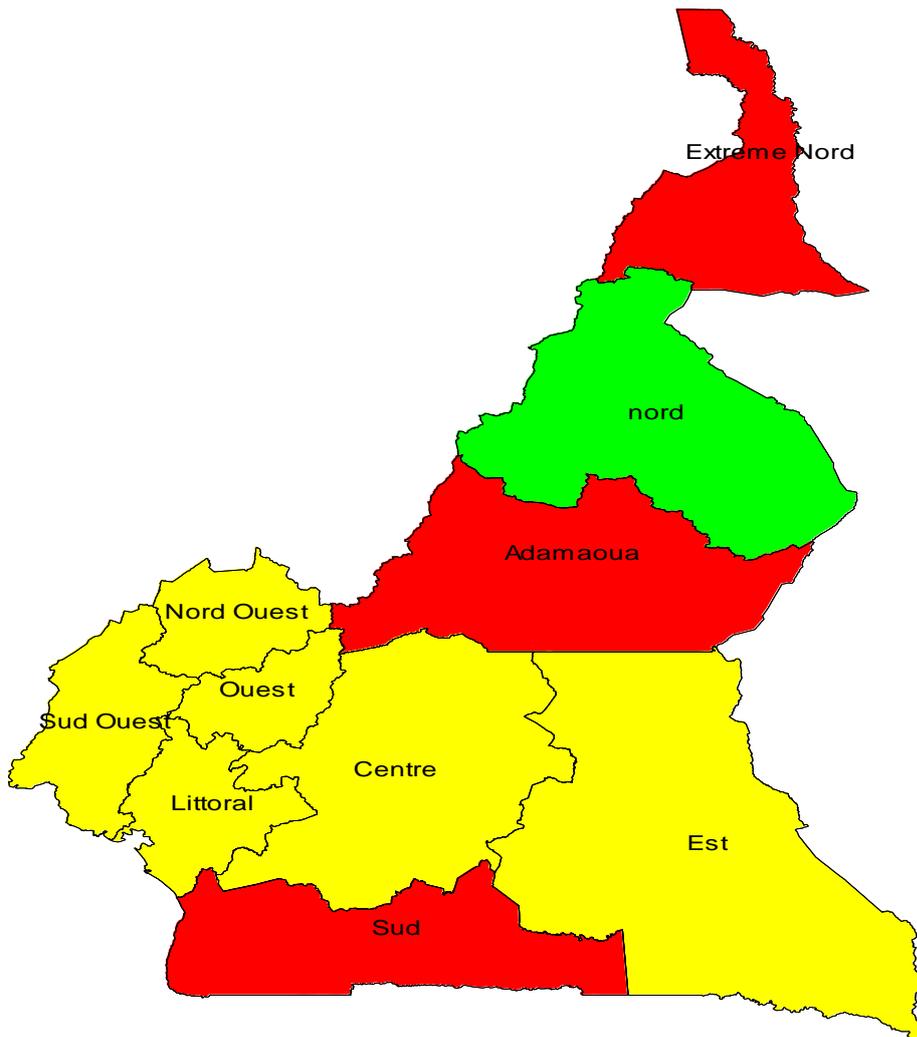
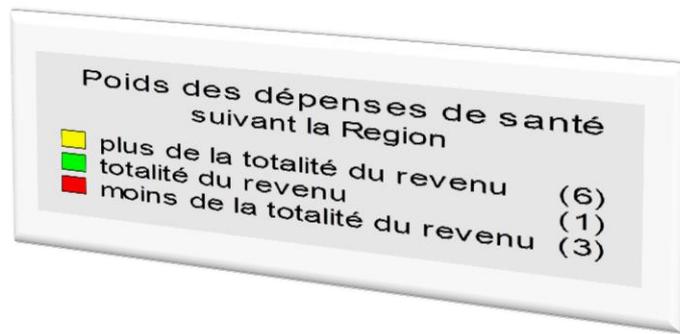
Tableau 3 : Poids des dépenses de santé suivant la région

Régions	Dépenses de santé suivant le revenu de chaque région (%)		
	revenu moyen mensuel par région en FCFA	Dépenses de santé moyenne par région	Propension moyenne par région
Adamaoua	72192,20	47272,20	0,65
Extrême-nord	52995,60	44064,93	0,83
Nord	48961,20	53438,69	1,09
Est	34687,00	42778,16	1,23
Centre	51229,28	66961,02	1,31
Littoral	41345,03	55135,62	1,34
Nord-ouest	31943,82	52571,87	1,65
Ouest	43827,30	68359,52	1,56
Sud	76352,24	59523,65	0,78
Sud-ouest	51387,20	64011,14	1,25
National	50492,08	55411,68	1,097

Source : Exploitation des données d'ECAM III

D'après le **tableau 2**, on observe donc que le poids de la dépense de santé sur le revenu correspond à $(16,3+51,5=68\%)$. Ce résultat traduit le fait que le Cameroun est un pays où se pose le problème de l'utilisation rationnelle des ressources. Par ailleurs, les incitatifs ne sont pas suffisamment en adéquation avec l'optimisation de l'efficacité et la modération des coûts. A cet effet, le développement des mécanismes qui favorisent le meilleur rapport qualité-prix des prestations de soins est nécessaire. Dans le même ordre d'idées, le résultat obtenu est bien en adéquation avec les données de l'OMS suivant lesquelles, les dépenses privées en santé représentent 70,4% des dépenses totales de santé au Cameroun. Ces résultats sont également illustrés dans la carte 2 ci-après, où 7 régions sur 10 (70%) supportent le poids des dépenses de santé :

Carte 2 : Dépenses de santé suivant la région au Cameroun.



Source : Exploitation des données de l'enquête nationale ECAM 2007 sur la pauvreté et les conditions de vie des ménages, au moyen du logiciel MapInfo.

6. Analyse de la corrélation entre la dépense globale de santé et le revenu, au moyen de l'ANOVA à un facteur.

L'analyse de la variance à un facteur consiste à déterminer la moyenne qui diffère le plus des autres ou encore les couples de moyenne qui s'opposent le plus entre une variable dépendante et une ou plusieurs variables indépendantes.

Cette analyse va nous permettre de déterminer les différences de comportements en termes de dépense de consommation en fonction des classes de revenus (quartiles de revenus) des ménages.

On part de l'hypothèse H_0 suivant laquelle « les moyennes de dépenses de santé observées dans les divers groupes de revenus sont toutes égales » et on veut la confronter à l'alternative selon laquelle : « les moyennes des dépenses de santé observées dans les divers groupes ne sont pas toutes égales » (hypothèse H_1). On calcule ainsi la statistique de Fisher observée ($F_{\text{observé}}$) que l'on compare avec le Fisher théorique ($F_{\text{théorique}}$). A cet effet, si :

- Si $F_{\text{observé}} > F_{\text{théorique}}$ alors l'hypothèse H_0 est rejetée au risque d'erreur α . Autrement dit, si la p-valeur $< \alpha$ alors H_1 est acceptée et les moyennes sont statistiquement différentes ;
- Si $F_{\text{observé}} \leq F_{\text{théorique}}$ l'hypothèse H_0 est acceptée: p-valeur $> \alpha$ alors H_1 est rejetée et les moyennes sont statistiquement égales.

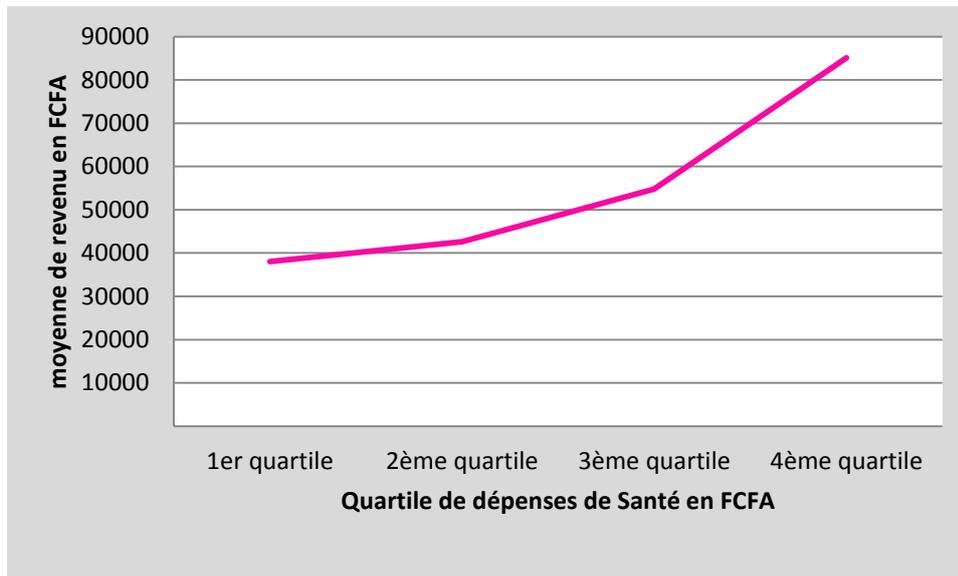
Les résultats de la modélisation d'ANOVA nous ont conduits aux conclusions suivantes :

- les dépenses de santé varient d'une classe de revenu à l'autre et ce de manière croissance (les dépenses de santé augmente avec le niveau de revenu) ;
- La statistique de Fisher pour une probabilité de 95% de chance est

$$F_{\text{observé}}(3 ; 10293) = 146 > F_{\text{théorique}}(3 ; 10293) = 2,61 \text{ (P-valeur} = 0.00 < 5 \%)$$

On peut donc rejeter l'hypothèse H_0 (et accepter H_1). On conclut ainsi que les moyennes de revenu par quartiles de dépenses de santé sont inégales. Le graphique ci-dessous nous illustre bien le fait que : « **plus le revenu augmente en moyenne, plus les ménages dépensent en santé** ».

Graphique 4 : Moyenne de revenu par quartile de dépenses de Santé.



Source : Exploitation des données d'ECAM III

Le schéma ci-après illustre bien la théorie de Duesenberry (effet démonstration), selon laquelle les agents économiques d'un groupe social donné ont tendance à imiter la consommation du groupe social au revenu élevé en faisant une démonstration de leur statut social.

7. Analyse des correspondances Multiples (ACM) et profil de la population suivant les dépenses de santé

Les méthodes d'analyse factorielle⁶ consistent à rechercher des sous-espaces de faibles dimensions qui ajustent au mieux le nuage de points des individus et le nuage de points des variables. Les proximités mesurées dans ces sous-espaces doivent refléter au mieux les proximités réelles. L'espace de représentation obtenu est appelé eséma cipace factoriel.

Les méthodes diffèrent selon la nature des variables analysées : il peut s'agir de variables continues, de variables nominales ou de catégories dans le cas des tableaux de contingences. Les lignes peuvent être des individus ou des catégories.

Pour construire notre modèle d'analyse, nous avons utilisé sept variables :

-Variables continues : le revenu du ménage, la dépense de santé ;

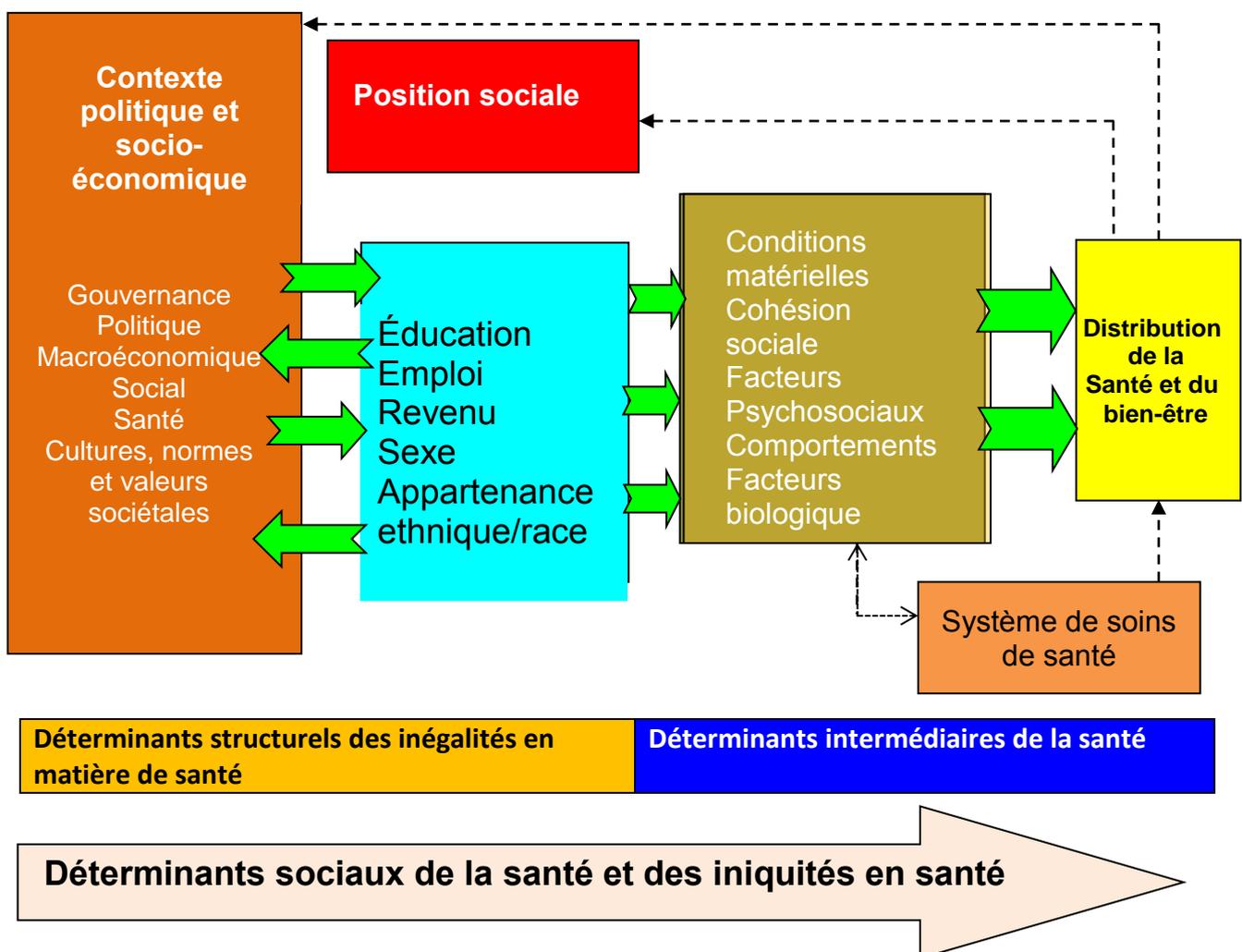
⁶ . Pour plus de précisions, nous renvoyons l'utilisateur à l'ouvrage de Lebart, Morineau et Piron (1995).

-variables nominales illustratives : le poids des dépenses de santé sur le revenu du ménage;

-variables nominales : le groupe d'âge du chef de ménage, son milieu de résidence, sa catégorie socioprofessionnelle, son niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage.

Le choix porté sur ces variables se justifie par le fait que ces dernières sont les principaux déterminants des dépenses de santé, et du bien-être de la population. **Le modèle Pathway** ci-après nous a guidé dans ce choix.

Figure1 : Le modèle Pathway de la Commission des Déterminants (CDSS)



Source: Solar and Irwin, OMS, 2007 and 2010.

Trois critères nous ont permis de retenir cinq (05) axes factoriels : (i) la méthode de Cattle (ou méthode du coude), qui permet de retenir le nombre d'axes qui se situent après la rupture de l'information ; (ii) la méthode de Kaiser, qui retient le nombre d'axes suivant que la valeur

du dernier axe considéré est supérieure à la moyenne des valeurs propres ; (iii) la méthode du pourcentage de l'inertie cumulée (qui retient le nombre d'axes selon que le dernier axe considéré révèle au moins 60% de l'inertie du nuage de points. Sur la base de ces trois critères, nous avons retenu finalement 2 axes factoriels (axe1 et axe2) parmi les cinq, étant donné que ces derniers ressortent le maximum d'informations.

L'analyse des données nous a permis de mettre en évidence les deux grands profils des dépenses de santé des ménages, suivant certaines variables sociodémographiques, illustrés dans le tableau 4 ci-après :

Tableau 4 : Profil des dépenses de santé suivant certaines variables Sociodémographiques

1 ^{er} profil : Chefs de ménages qui dépensent moins de la moitié du revenu à la santé	2 ^{ème} profil : Chefs de ménages qui dépensent plus de la totalité du revenu à la santé
Age : moins de 30 ans	Age : 60 ans et plus
Niveau d'instruction : secondaire et supérieur	Niveau d'instruction ; non scolarisé
Milieu de résidence : urbain	Milieu de résidence : rural
Niveau de vie : Non pauvres	Niveau de vie : pauvres
Catégorie socioprofessionnelle : informel non agricole, privé formel et secteur public	Catégorie socioprofessionnelle : informel agricole
Revenu : 3 ^{ème} et 4 ^{ème} quartile	Revenu : 1 ^{er} quartile

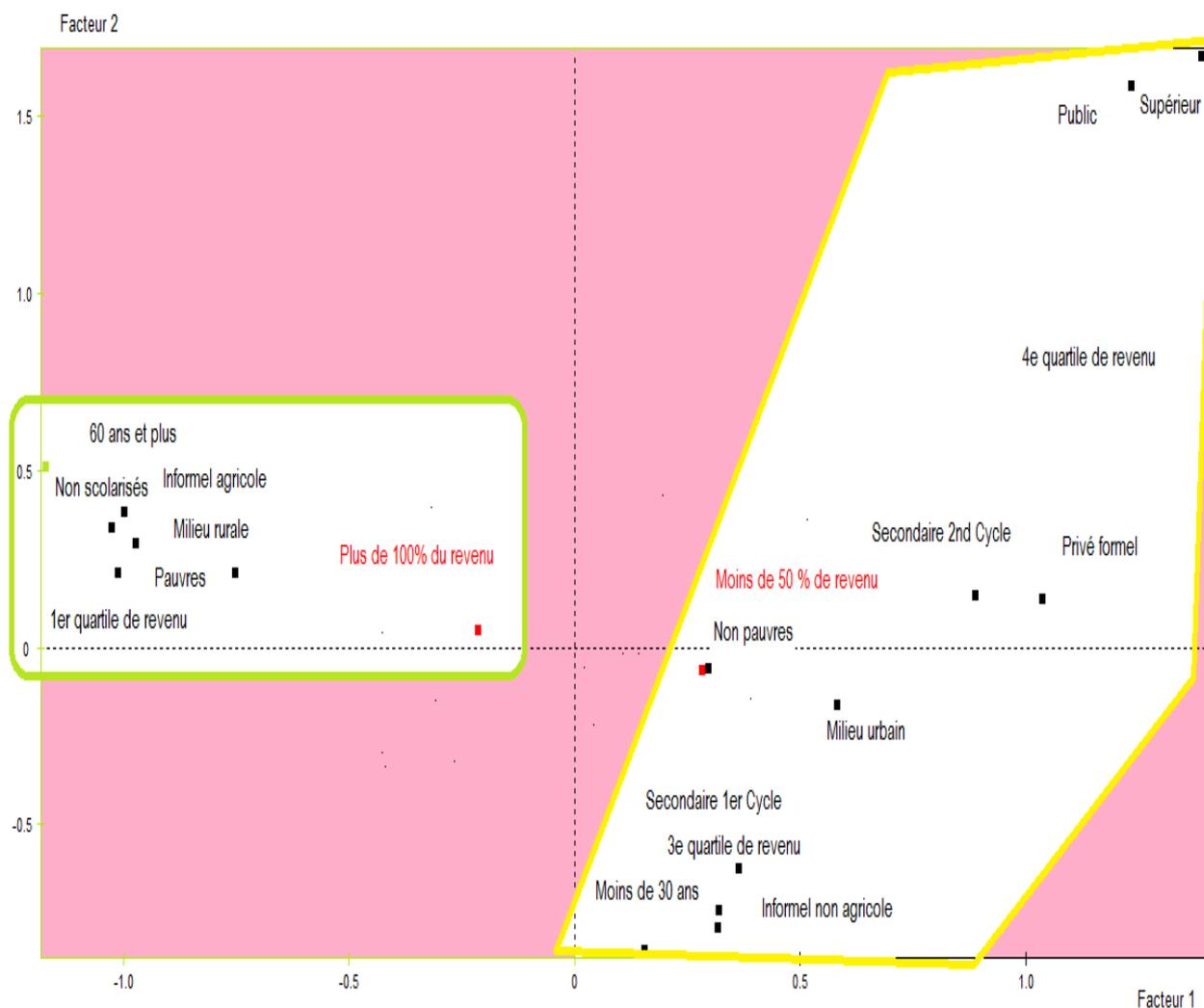
Source : Exploitation des données d'ECAM III

Nous obtenons un résultat classique, caractéristique de l'Afrique subsaharienne, où nous avons d'une part, une population vieillissante pauvre en milieu rural faisant face aux vulnérabilités sociodémographiques, en opposition d'autre part à une population jeune résidant en milieu urbain, instruites, exerçant généralement dans le public, le privé et l'informel non agricole. *Ce résultat illustre en quelque sorte la « théorie du biais urbain ⁷ ».*

La représentation graphique des facteur1 et facteur2, obtenue à partir du logiciel SPAD, en Analyses des Correspondances Multiples (ACM) est donnée ci-après :

⁷ Selon Lipton (1976) cité par Cris Beauchemin (1993), « les villes joueraient un rôle négatif dans le développement parce qu'elles absorberaient toutes les ressources au dépens du milieu rural et du secteur agricole ».

Graphique 5 : Plan factoriel constitué par les axe1 et axe2.



Source : Exploitation des données de l'ECAM III

8. Conclusion Générale

L'enjeu du bon fonctionnement du système de santé est d'améliorer la qualité de vie des individus, des familles et des communautés. C'est pour cette raison que la performance du système de santé doit figurer en tête des priorités de l'action gouvernementale (Amidou Baba et al., 2012). Cependant, les systèmes de santé des États Membres de la Région africaine de l'OMS peinent à remplir efficacement leurs fonctions, du fait de leur faiblesse et de leur fragmentation. La faiblesse des systèmes de santé s'explique par un certain nombre de facteurs, à savoir : des insuffisances au niveau de la planification et de la prévision; la pénurie des ressources humaines, financières et matérielles; l'insuffisance des données pour informer

de manière éclairée la prise de décision; les lacunes des processus institutionnels; et les faiblesses du suivi de la performance et de l'impact des interventions.

Au Cameroun, la dépense de santé globale au niveau national est élevée, soit **711.343.126 FCFA**, correspondant à un revenu annuel global de **565.795.940 FCFA**, soit une propension moyenne annuelle de la consommation médicale totale de **1,25**. La population camerounaise dépense plus de la totalité du revenu à la santé. La propension marginale de la consommation est de -0,5, mettant en exergue la diminution de la consommation médicale entre 2001 et 2007, mais à un rythme lent par rapport à l'augmentation du revenu. Malgré le fait que la demande baisse, lorsque le revenu augmente (coefficient d'élasticité $\varepsilon = - 0,86$), le Cameroun se retrouve en situation de biens inférieurs en matière de santé. « *Plus le revenu augmente en moyenne, plus les ménages dépensent en santé* ». L'approche macroéconomique de la dépense globale de Keynes, selon laquelle « **le niveau du revenu réel (ignorant les prix) est la principale cause déterminante de la dépense globale** » a été vérifiée.

Nous avons donc finalement deux profils de ménages qui font face aux dépenses de santé : d'une part, les ménages ayant une population vieillissante pauvres en milieu rural qui dépensent plus de la totalité du revenu à la santé, en opposition d'autre part aux ménages constitués d'une population jeune résidant en milieu urbain, instruites, exerçant généralement dans le public, le privé et l'informel non agricole qui dépensent moins de la moitié du revenu à la santé. Cela met en exergue la « **théorie du biais urbain** ».

Le renforcement des systèmes de santé constitue donc une condition préalable à toute avancée significative en matière de santé dans la Région africaine et même à l'échelle mondiale. Dans cette acception, le système de santé doit être appréhendé de façon holistique et approché dans sa totalité et non élément par élément. Faute d'une telle vision, la plupart des initiatives mettent uniquement l'accent sur les ressources, en rapport avec des affections particulières ou des groupes cibles particuliers, laissant habituellement pour compte les composantes relatives aux processus organisationnels. Or c'est au niveau de ces processus que se joue la structuration du système, c'est-à-dire l'articulation des moyens matériels et humains, celle des fonctions des divers organes et les modalités de leur collaboration.

9. Recommandations

Des réformes importantes s'imposent pour permettre une adaptation de l'organisation des systèmes de santé en Afrique afin que ceux-ci garantissent de façon durable une santé solidaire au 21ème siècle. A cet effet, nous recommandons :

A l'Union Internationale des Etudes Scientifiques de la Population (UIESP),

- ✓ la mise sur pied d'un cadre mondial de suivi de la mise en œuvre des recommandations fortes et des engagements formulées lors des congrès de l'IUSSP, à l'instar de « *l'accord de partenariat de Busan* », visant à soutenir la redevabilité internationale ;

Aux Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS),

- ✓ l'exonération des charges sociales sur les salaires des employés ;
- ✓ le respect des engagements d'Abuja et le lancement des études de traçabilité et d'incidence pour optimiser la gestion du budget alloué à la santé ;
- ✓ l'accélération du processus de fonctionnement de l'assurance maladie dans les Etats où le besoin se fait encore ressentir ;
- ✓ la prise de conscience de la façon dont des facteurs contextuels essentiels, en particulier des contraintes budgétaires, affectent l'aptitude d'un pays à atteindre les objectifs de sa politique.

Références Bibliographiques

1. Adam Leive, Ke Xu, 2008 : Comment les ménages font-ils face aux dépenses de santé à leur charge : données empiriques provenant de 15 pays d'Afrique (OMS) ; Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé précédents Volume ; Volume 86, novembre, 817-908.
2. Amidou Baba et al., 2012 : « Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS : Répondre au défi » ; Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville ; Auteur correspondant Amidou Baba-Moussa E-mail : babamoussaamidou@yahoo.com.
3. CISS, 2010 : Santé solidaire en danger ? Réflexion du CISS (www.santesolidaireendanger.org).
4. Commeyras, Ndo, Merabet et al. 2005 : Étude de l'accessibilité et des déterminants de recours aux soins et aux médicaments au Cameroun.
5. INSEE, 2013 : institut national de la statistique et des études économiques de France : www.insee.fr/définitions et méthodes).
6. INS, 2010 : Données de la comptabilité nationale du Cameroun.
7. IRDES, 2013 : institut de recherche et documentation en économie de la santé (www.irdes.fr/définitions).

8. J. Chuma and T. Maina, 2012: Catastrophic health care spending and impoverishment in Kenya; Chuma and Maina BMC Health Services Research 2012, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/413>; 9p.
9. Minea, 2011 : Quel mode de financement des dépenses publiques productives dans les pays en développement à revenu intermédiaire ? (Certi, UdA) ;
10. OMS, 2004 : Comité régional de la Méditerranée orientale Septembre 2004 Cinquante et unième session ;
11. OMS, 2008 : « Politique de financement de la santé : un guide à l'intention des décideurs »-Par Joseph Kutzin, « Mémoire sur le financement de la santé Division des systèmes de santé des pays », 34p.
12. OMS, 2013 : Statistiques Sanitaires Mondiales 2013, 172p.
13. OMS, 2012 : Statistiques Sanitaires Mondiales 2012, 176p.
14. OMS, 2011 : Rapport sur la santé dans le monde. Le financement du système de santé : Le chemin vers une couverture universelle, 22p.
15. OMS, 2011 : « Comblé le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé ». Conférence Mondiale sur les déterminants sociaux de la santé-Rio de Janeiro, 19-21 octobre 2011, 56p.
16. PEV, 2011 : Plan pluriannuel complet 2011-2015 du Ministère de la santé du Cameroun.
17. S. Ambapour, 2004 : « Efficacité technique comparée des systèmes de santé en Afrique subsaharienne : une application de la méthode de DEA » ; document de travail, BAMSI, 31p.
18. Sieleunou, Keugounget Yumo, 2010: Health care financing in Cameroon: Trends analysis and overview of main challenges?
19. V. Richard, 2004 : Le financement de la Santé en Afrique Subsaharienne. Le recouvrement des coûts, 4p. Med Trop 2004; 64 : 337-340.
20. V. ALBOUY, E. BRETIN, N.CARNOT, M. DEPPEZ, 2009 : Les dépenses de santé en France : Déterminants et impacts du vieillissement à l'horizon 2050.