

Performance du système de santé camerounais dans la protection financière des ménages

Charles Michel CHOMSSEM DEFO

*Engineer Statistician Economist, Ministry of the Economy, Planning and Regional Development
Yaounde - Cameroon*

Mail : ccharlesmichel@gmail.com

Résumé

Pour contribuer à la performance du système de santé, l'objectif de l'article est d'analyser sur le long terme sa capacité à protéger les ménages contre les risques financiers liés à la santé. Les deux principales variables étudiées sont l'incidence de la catastrophe financière et l'appauvrissement des ménages dus aux dépenses de santé, mesurés à partir des données des trois dernières Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages (2001, 2007 et 2014) et selon plusieurs approches pour assurer la robustesse des estimations. Une nette amélioration de la protection financière s'observe entre 2001-2007 sous la mise en œuvre des politiques engageant de fortes dépenses sociales. Tandis qu'entre 2007-2014, la situation s'est plutôt dégradée sous les politiques de croissance inclusives engagées. L'analyse au Cameroun et ailleurs montre que la meilleure performance en matière de protection financière en santé est plus liée à la gouvernance et à la structure économique qu'à une politique de financement de la santé. Une bonne combinaison de politiques de financement ciblées est suggérée. Ainsi que le développement d'une économie peu extravertie devant soutenir un système de santé autonome, doté d'une offre suffisante et de qualité, et avec un système efficient et transparent de mise en œuvre et suivi-évaluation.

Mots clés : catastrophe financière, appauvrissement, gratuité, paiement direct, assurance maladie.

Codes JEL : D31, I14, I18, I32.Abstract

Received: 22/02/2022

Accepted: 28/04/2022

DOI: <https://dx.doi.org/10.4314/jcas.v18i1.4>

© The Authors. This work is published under the Creative Commons Attribution 4.0 International Licence.

Abstract

To contribute to the performance of the health system, the objective of the article is to analyse over the long term its ability to protect households against financial risks related to health. The two main variables studied are the incidence of the financial catastrophe and the impoverishment of households due to health expenditure. They are measured from data from the last three Cameroonian Household Surveys (2001, 2007 and 2014) and according to several approaches to ensure the robustness of the estimates. A marked improvement in financial protection can be observed between 2001-2007 under the implementation of policies involving high social expenditure. While between 2007-2014, the situation rather deteriorated under the inclusive growth policies undertaken. Analysis in Cameroon and elsewhere shows that the best performance in health financial protection is more related to governance and economic structure than to health financing policy. A good combination of targeted financing policies is suggested. As well as the development of a less extroverted economy to support an autonomous health system, endowed with sufficient and quality supply. The said health system should also have an efficient and transparent system of implementation and monitoring-evaluation.

Keywords: financial catastrophe, impoverishment, free, direct payment, health insurance.

JEL codes: D31, I14, I18, I32.

1. Énoncé du problème

La santé dans le monde se trouve aujourd'hui sous l'ère des débats sur la Couverture Santé Universelle (CSU), considérée comme une solution idoine à la santé pour tous, particulièrement aux plus pauvres. La CSU dans les pays en voie de développement vient à la suite d'une succession de deux paradigmes dominants dans les politiques de financement de la santé ayant montré leurs limites. Le premier paradigme, la Déclaration d'Alma Ata (1978), est connu pour promouvoir la gratuité des soins de santé primaires pour tous et la participation communautaire dans la résolution des problèmes de santé des populations (OMS, 1978). Les contraintes financières ont limité l'impact de cette politique du fait notamment de la faible capacité des pays pauvres à collecter les impôts, à redistribuer les ressources et à couvrir les besoins de santé de la population (OMS, 2003 ; Ridde, 2004 ; Audibert et Roodenbeke, 2005). D'où le second paradigme sur le paiement direct officiel par les ménages et l'augmentation du rôle du secteur privé à but lucratif dans la prestation des soins de santé (Ridde, 2004 ; McIntyre et al., 2006), connu en Afrique comme le « recouvrement des coûts » dans le cadre de l'Initiative de Bamako (1987). Cette pratique visant à accroître le financement de l'offre pour répondre à l'augmentation des besoins de santé trouve certes sa place dans un contexte de récession économique (OMS, 2010), mais elle a rendu difficile l'accès des pauvres aux soins et services de santé et favorisé les inégalités. Face aux dépenses de santé dès lors plus élevées, certains ménages sont poussés dans la pauvreté ou contraints à une pauvreté plus profonde (McIntyre et al., 2006). Ces préoccupations sur le paiement direct ont conduit à un nouveau paradigme sur le financement de la santé qui est le prépaiement pour lequel tous les États membres de l'OMS se sont engagés en 2005 et dont le système de financement prévoit le recours

au paiement anticipé des cotisations financières pour les soins et services de santé en vue de répartir le risque sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation (OMS, 2005a, 2005b, 2005c, 2010).

Le Cameroun, actuellement sous le second paradigme, a engagé en juin 2015 la mise en œuvre progressive du troisième. Mais avant la mise en œuvre d'une nouvelle politique de financement du système de santé, il faut se poser la question de savoir comment la protection financière des ménages (soigner les ménages sans les ruiner) a-t-elle évolué dans le passé et quels sont les facteurs déterminants ? Le gouvernement camerounais ne se fonde-t-il pas sur la seule performance de court terme liée à une politique quelconque de financement de la santé au détriment de la performance de long terme liée à la gouvernance et à la structure économique ? En d'autres termes, le changement de paradigme en cours au Cameroun, bien que sa pertinence théorique soit partagée comme par le passé avec la gratuité et le paiement direct, ne sera pas la solution idoine si les véritables contraintes structurelles et spécificités locales ne sont pas maîtrisées.

L'objectif de cette recherche est d'analyser la dynamique structurelle de la protection financière des ménages contre les risques financiers liés à la santé et les facteurs déterminants, à partir des micro-données disponibles sur la plus longue période possible.

2. Approche, définitions et hypothèses

2.1. Description et traitement des données

Les données de l'étude sont issues des trois dernières Enquêtes Camerounaises Auprès des Ménages (ECAM2-3-4) réalisées respectivement en 2001, 2007 et 2014 par l'Institut National de la Statistique (INS). Ces trois enquêtes statistiques utilisent des méthodologies, concepts et définitions similaires (INS, 2015), ce qui permet des comparaisons robustes dans le temps

(AFRISTAT, 2009). Les bases de données de chaque enquête sont disponibles en deux fichiers, le fichier principal pour les caractéristiques des ménages et le fichier secondaire pour les dépenses rétrospectives. Le traitement et la fusion de ces fichiers permet d'obtenir une base unique pour chaque enquête. Dans les analyses, les tailles d'échantillon sont de 9 045 ménages pour 2014, 9 968 ménages pour 2007 et 10 303 ménages pour 2001. Le logiciel STATA version 14.1 est utilisé pour le traitement et l'analyse de données.

2.2. Estimation de la catastrophe financière et de l'appauvrissement

Les dépenses de santé sont dites catastrophiques lorsque, pour payer les soins, les malades ou leurs ménages doivent s'acquitter d'une participation financière très élevée par rapport à leur revenu (OMS, 2005c). Elles sont dites d'appauvrissement lorsqu'un ménage non-pauvre tombe en dessous du seuil de pauvreté après avoir effectué ces paiements (Xu, 2005), autrement défini, lorsqu'un ménage (pauvre ou non-pauvre) voit son niveau de vie se dégrader significativement après ces paiements. L'hypothèse faite est que la santé de tout individu est financée par le revenu du ménage dans lequel il appartient. Ainsi, la décision d'engager une dépense de santé pour se soigner ne peut que se substituer aux autres biens de consommation courante du ménage (alimentation et boissons, habillement, logement, scolarisation des enfants, etc.). L'unité d'analyse est donc le ménage.

La catastrophe financière ou encore l'incidence des dépenses de santé catastrophiques est calculée comme la proportion de ménages dans la population pour lesquels les dépenses de santé sont égales ou supérieures à un seuil exprimé par rapport à la capacité de paiement¹ (dépenses totales ou dépenses de non-subsistance). Les dépenses non-alimentaires aussi largement exploitées dans la littérature ne sont pas utilisées

dans ce travail comme capacité de paiement à cause du caractère discrétionnaire de certaines dépenses alimentaires (OMS et GBM, 2015), c'est-à-dire, certaines dépenses alimentaires sont utilisées pour répondre à des désirs (dépenses au-delà du minimum de subsistance) plutôt qu'à des besoins et doivent être logiquement comptabilisées dans la capacité de paiement du ménage.

La littérature n'ayant pas tranché sur un seuil unique de la catastrophe, il est judicieux de fixer l'ensemble des seuils courants (10, 20, 25, 30 et 40 %) pour rendre possible le débat sur la contextualisation de l'ampleur du phénomène au Cameroun et sur la comparaison internationale le cas échéant. Toutefois, il est surtout question d'observer l'évolution du phénomène étudié quel que soit le seuil retenu.

La survenue ou non des dépenses de santé catastrophiques chez un ménage i est définie par :

$$Dcat_i = \mathbb{1}\left(\frac{Ds_i}{Cp_i} \geq \beta\right) = \begin{cases} 1 & \text{si } Ds_i - \beta Cp_i \geq 0 \\ 0 & \text{au cas contraire} \end{cases} \quad (1)$$

Où Ds_i représente les dépenses de santé du ménage i et Cp_i sa capacité de paiement désignant ses dépenses totales de consommation (Dt_i) ou ses dépenses de non-subsistance (Dns_i) selon le choix, β représente les différents seuils et $\mathbb{1}$ est la fonction indicatrice. Les dépenses totales de consommation sont considérées comme le revenu du ménage. Les dépenses de non-subsistance (Dns_i) d'un ménage i , considérées comme le revenu net des dépenses alimentaires de subsistance, sont mesurées par :

$$Dns_i = \begin{cases} Dt_i - Spa & \text{si } Da_i \geq Spa \\ Dt_i - Da_i & \text{au cas contraire} \end{cases} \quad (2)$$

Où Dt_i représente ses dépenses totales de consommation et Da_i ses dépenses alimentaires, Spa le seuil de pauvreté alimentaire correspondant aux dépenses alimentaires de subsistance qui sont estimées à partir des besoins

¹Contrairement à la plupart des études, cet article considère à dessein toute dépense comme une capacité de paiement pour être plus simple dans l'analyse.

énergétiques minimums d'une personne (2900 Kcalories au Cameroun). Lorsque les dépenses alimentaires sont inférieures au seuil de pauvreté alimentaire, les dépenses alimentaires de subsistance sont remplacées par les dépenses alimentaires.

L'incidence des dépenses de santé catastrophiques est donnée par la formule :

$$IDcat = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N Dcat_i \quad (3)$$

Où N est le nombre total de ménages. C'est la proportion des ménages dont la part des dépenses de santé est supérieure ou égale à un seuil de catastrophe retenu.

L'appauvrissement dû aux paiements directs de santé est mesuré par la différence entre les incidences de la pauvreté avant et après le paiement des services de santé. Ci-après, les variables sont définies avant et après paiement en indiquant les puissances « p » et « q » respectivement. Soit F l'effet d'appauvrissement des ménages (non pauvres) :

$$F = F^q - F^p \quad (4)$$

Où F^p et F^q sont respectivement les incidences de pauvreté avant et après paiement. Comme dans les formules (11) et (13) de l'écart de pauvreté, les poids des ménages sont aussi pris en compte dans les formules (5) et (7) de l'incidence de la pauvreté.

L'incidence de pauvreté avant paiement est donnée par :

$$F^p = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N f_i^p \quad (5)$$

Où N est le nombre total de ménages et f_i^p la survenue de pauvreté avant paiement définie par :

$$f_i^p = \mathbb{1}(Dteq_i^p < z^p) \quad (6)$$

Où z^p est le seuil de pauvreté, $Dteq_i^p$ les dépenses totales de consommation par équivalent adulte du ménage i et $\mathbb{1}$ la fonction indicatrice.

L'incidence de pauvreté après paiement est donnée par :

$$F^q = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N f_i^q \quad (7)$$

Où f_i^q la survenue de pauvreté après paiement définie par :

$$f_i^q = \mathbb{1}(Dteq_i^p \geq z^p \text{ et } Dteqsan_i^q < z^q) \quad (8)$$

Où z^q est le seuil de pauvreté ($z^q = z^p$ dans le cas de la pauvreté extrême, en FCFA il est de 151 398 en 2001, 161 424 en 2007 et 211 061 en 2014), $Dteqsan_i^q$ représente les dépenses totales de consommation nettes des dépenses de santé et par équivalent adulte, définies par :

$$Dteqsan_i^q = (Dt_i^p - Ds_i) / Eqadult \quad (9)$$

Avec Dt_i^p les dépenses totales de consommation avant le paiement, Ds_i les dépenses de santé, $Eqadult$ le nombre d'équivalent adulte et $\mathbb{1}$ la fonction indicatrice.

L'écart de pauvreté est utilisé pour évaluer dans quelle mesure les paiements directs contribuent à augmenter la pauvreté des ménages déjà situés en dessous du seuil de pauvreté et contraints d'engager des dépenses de santé. Cet indicateur est aussi mesuré pour les non-pauvres dans le but d'analyser les inégalités et de juger l'hypothèse selon laquelle les pauvres subiraient le plus l'impact des paiements directs de santé. Soit E l'effet d'appauvrissement des ménages déjà pauvres :

$$E = E^q - E^p \quad (10)$$

Où E^p et E^q sont respectivement les écarts normalisés de pauvreté avant et après paiement. L'écart normalisé de pauvreté avant paiement (E^p) est défini par :

$$E^p = \frac{1}{L} \sum_{i=1}^L C_i e_i^p \quad (11)$$

Où L est le nombre de ménages pauvres (ou nombre de ménages non-pauvres pour servir d'analyse des inégalités), C_i le poids du ménage i dans l'échantillon et e_i^p l'écart de pauvreté normalisé avant paiement du ménage i (distance normalisée du ménage i par rapport au seuil de pauvreté) défini par :

$$e_i^p = \frac{|Dteq_i^p - z^p|}{z^p} \quad (12)$$

L'écart normalisé de pauvreté après paiement () est défini par : $E^q = \frac{1}{L} \sum_{i=1}^L C_i e_i^q$ (13)

Où e_i^q est l'écart de pauvreté normalisé après paiement du ménage i donné par $e_i^q = \frac{|Dteqsan_i^q - z^q|}{z^q}$ (14)

L'usage du seuil de pauvreté large n'a pas fourni des résultats concluants. Ce seuil aurait permis de savoir quelle proportion de ménages non-pauvres (ou pauvres) ne peuvent plus satisfaire (ou s'éloignent de) leurs besoins alimentaires et non-alimentaires minimums après paiement pour la santé.

3. Résultats

3.1. Résultats de la catastrophe financière

La proportion des ménages victimes de dépenses catastrophiques a une même tendance dans le temps quels que soient les paramètres « seuil » et « capacité de paiement » (voir Tableau 1). Ces derniers n'influencent pas significativement la vitesse d'évolution. La valeur absolue de la catastrophe est de 1,3 à 2,1 fois plus élevée en utilisant les dépenses de non-subsistance plutôt que les dépenses totales. Ainsi, l'analyse en niveau de ces résultats et la comparaison en niveau entre pays sont assez complexes, tandis que l'analyse longitudinale est robuste.

Tableau 1 : Évolution de l'incidence des dépenses de santé catastrophiques

Seuils (%)	10			20			25			30			40		
Années	2001	2007	2014	2001	2007	2014	2001	2007	2014	2001	2007	2014	2001	2007	2014
Approche Dépenses totales	21,8	9,4	11,5	6,9	2,0	3,2	3,9	1,0	2,1	2,6	0,5	1,4	1,2	0,1	0,6
Approche Dépenses de non-subsistance	27,5	13,0	15,8	10,0	3,0	4,6	6,5	1,7	3	4,2	0,9	2	2,1	0,3	0,9

Source : ECAM2-3-4 et calculs de l'auteur.

3.2. Résultats de l'appauvrissement

Le pourcentage des ménages non-pauvres appauvris par le paiement direct, c'est-à-dire ne pouvant plus se nourrir correctement après le paiement pour la santé, a diminué sur la période de l'étude, mais à une vitesse ralentissante, allant de 2,6 % en 2001 à 1,3 % en 2007 et 2014 (voir Tableau 2).

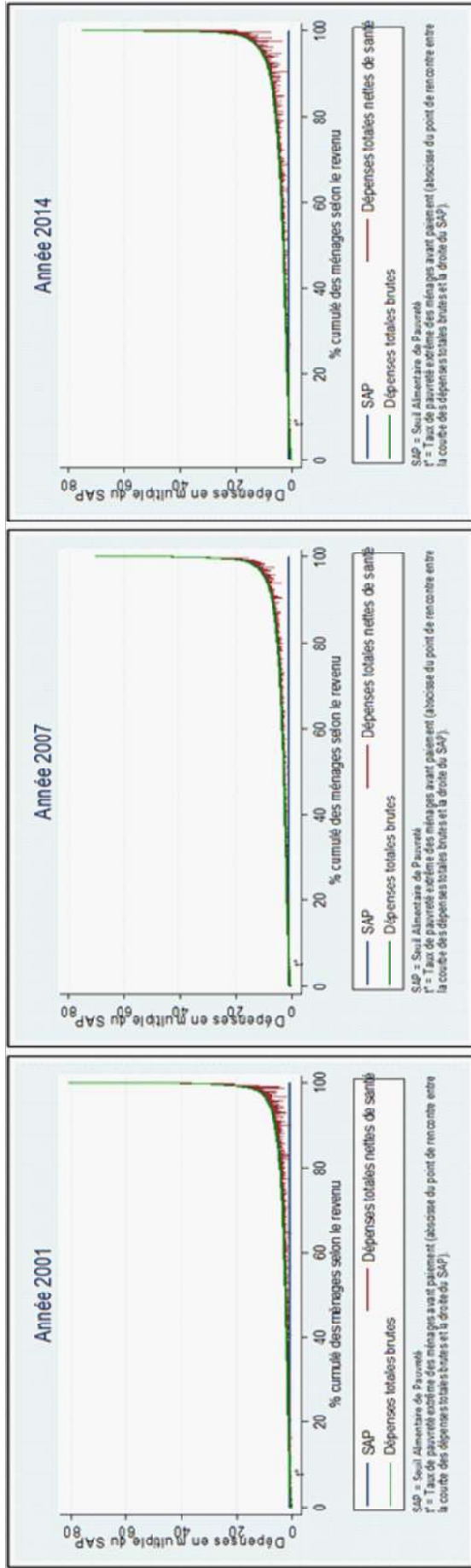
Tableau 2 : Évolution de l'appauvrissement des ménages par le paiement direct (pauvreté extrême)

Variabes	2001	2007	2014
Variation du taux de pauvreté extrême des ménages (en points de %)	2,6	1,3	1,3
Variation du taux de pauvreté extrême de la population (en points de %)	3,4	1,9	1,8
Variation de l'écart normalisé de pauvreté extrême chez les pauvres (en %)	5,9	4,5	3,8
Variation de l'écart normalisé de pauvreté extrême chez les non-pauvres (en %)	8,5	4,6	5,5

Source : ECAM2-3-4 et calculs de l'auteur.

L'évolution des écarts normalisés de pauvreté extrême montre que les ménages pauvres s'appauvrissent de moins en moins mais lentement, contrairement aux ménages non-pauvres qui par ailleurs semblent plus impactés que les ménages pauvres. En effet, les ménages non-pauvres dépensent relativement plus pour la santé. Le graphique 1 et la figure 2 ci-dessous illustrent bien le phénomène d'appauvrissement.

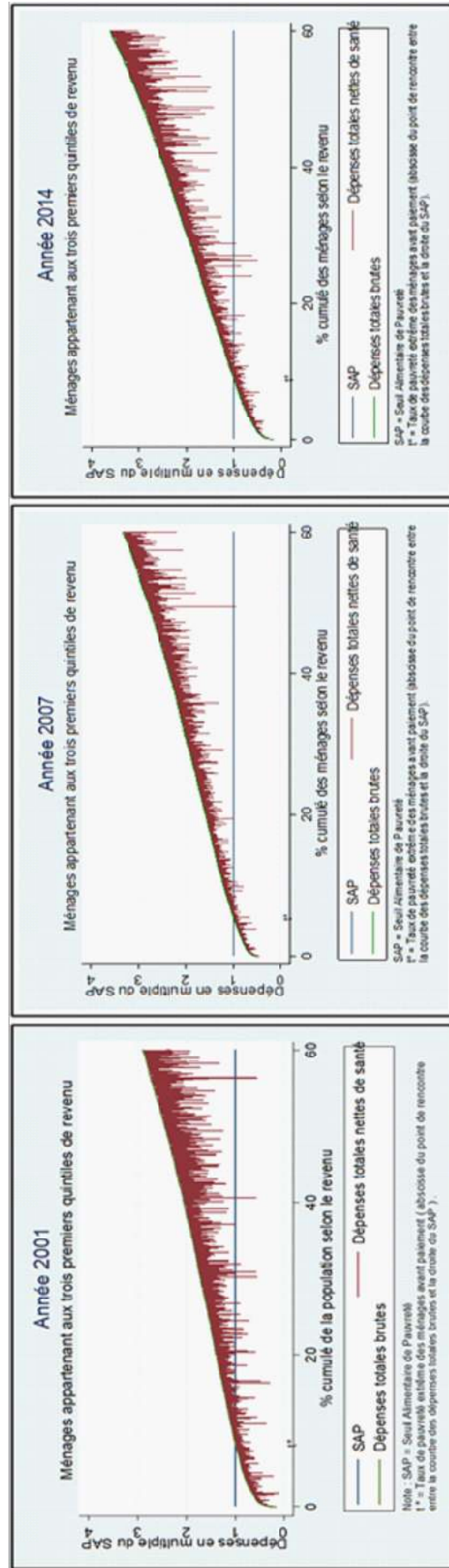
Graphique 1 : Pauvreté extrême, revenus pré et post-paiement de l'ensemble des ménages en 2001, 2007 et 2014



Source : EC-AM2-3-4 et calculs de l'auteur.

Note : Le graphique 1 du défilé de Pen ci-dessus permet de visualiser le phénomène pour l'ensemble des ménages. La courbe en vert représente le revenu pré-paiement des ménages et les lignes rouges représentent la perte de revenu due aux dépenses de santé. À cause de la très forte asymétrie des données, la situation au niveau du seuil de pauvreté n'est pas observable. La figure 2 ci-dessous pour les trois premiers quintiles permet de lever cette contrainte.

Figure 2 : Pauvreté extrême, revenus pré et post-paiement des ménages des trois premiers quintiles en 2001, 2007 et 2014



Source : ECAM2-3-4 et calculs de l'auteur

Note : Les ménages non-pauvres ont leur revenu pré-paiement situé au-dessus du seuil de pauvreté et les ménages pauvres ont le leur situé en-dessous. Les lignes rouges qui démarrent au-dessus du seuil traduisent les non-pauvres dont le revenu baisse et certains tombent sous le seuil (c'est-à-dire deviennent pauvres) et celles qui démarrent en-dessous traduisent les pauvres qui s'enfoncent davantage dans la pauvreté extrême. La hauteur des lignes rouges permet d'observer le degré d'impact, il est plus important chez les non-pauvres.

4. Discussion

Les résultats peu satisfaisants observés sont des effets de moyen terme des stratégies de développement mises en œuvre. À partir de l'instant où les micro-données sont disponibles pour le Cameroun, l'on constate que la protection financière des ménages en santé s'améliore entre 2001 (avant la stratégie de réduction de la pauvreté¹) et 2007 (vers la fin de mise en œuvre), puisque les ménages accèdent plus facilement aux services sociaux de base dans cette période. C'est un résultat appréciable sous la politique du paiement direct de santé. Mais il est très difficile de maintenir le modèle des dépenses sociales sur le long terme avec peu d'investissements rentables. La réorientation des dépenses en priorité aux infrastructures productives est une stratégie qui permet effectivement d'augmenter les revenus des ménages à moyen terme à travers la création d'emplois décents (stratégie de croissance et d'emplois²), ce qui leur permettrait de financer à suffisance leur santé. Ainsi, l'échec en matière de protection financière des ménages au Cameroun, précisément la rehausse de la catastrophe financière et la stagnation de l'appauvrissement dues aux dépenses de santé des ménages entre 2007-2014, n'est pas absolument dû à la politique du paiement direct de santé au point de changer de paradigme, allant vers l'assurance maladie qui n'est pas aussi facile à mettre en œuvre dans un contexte de faibles revenus. L'échec reflète plus l'inefficacité dans la mise en œuvre des politiques publiques et la qualité médiocre de la gouvernance, en plus de la dépendance économique vis-à-vis de l'extérieur. Toutefois, le Cameroun étant déjà engagé dans la mise en œuvre de la nouvelle politique de financement, il revient à cette recherche de ne pas se limiter aux leçons apprises, mais d'aller jusqu'aux suggestions pertinentes et constructives

pour une mise en œuvre efficace de cette nouvelle politique en intégrant les précieuses leçons du passé, principalement l'importance du développement endogène qui est d'ailleurs au cœur de la Stratégie Nationale de Développement du Cameroun 2020-2030 (SND30).

Au Togo, malgré l'application de l'assurance maladie sur le personnel public de l'État (actifs et retraités, d'ailleurs peu nombreux) pendant 5 ans, le pays présente une protection financière toujours insuffisante (Sanoussi et Ametoglo, 2019), aussi médiocre que celle de la RDC qui applique la politique du paiement direct de santé (Matangelo et al., 2018). Le Cameroun, engagé dans la même voie que le Togo, doit prêter attention à ce qui propulse véritablement le changement. La CSU n'est pas mauvaise, elle est d'ailleurs très pertinente, mais c'est une politique de protection sociale qui doit être financée pas une forte production économique et une bonne gestion des fonds. La Thaïlande qui semble être un bon exemple en matière de CSU avec une bonne performance observée au bout de 5 ans d'expérience et avec un taux de prépaiement de 96,4% de la population, a surtout employé des mesures ayant favorisé un important développement économique et donc une réduction impressionnante de la pauvreté (Somkotra et Lagrada, 2009) ; elle est connue aujourd'hui comme un important pays exportateur de produits transformés (forte croissance du secteur secondaire). La Chine est un cas atypique d'un tel profil économique, mais malgré l'élargissement de sa couverture d'assurance maladie de 81% en 12 ans, l'insuffisance est liée à un élément de gouvernance à savoir le niveau et la qualité des prestations (Li et al., 2012). Ce profil économique doit intéresser le Cameroun et les autres pays africains qui veulent protéger les ménages des dépenses excessives de santé. Par

¹ Voir le Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté au Cameroun (DSRP).

² Voir le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi au Cameroun (DSCE).

rapport à la littérature, ce travail soulève un débat sur les choix stratégiques des décideurs basés sur l'arbitrage entre la performance de la protection financière liée à une politique quelconque de financement et celle liée à la gouvernance et la structure économique. La plupart des travaux actuels sur le sujet se focalisent sur la comparaison entre deux politiques de financement (paiement direct versus assurance maladie) en rapport avec les agendas internationaux en questionnant moins l'origine du changement structurel sur la base d'une analyse de long terme.

La bonne gouvernance (respect des lois, transparence dans la gestion, souveraineté et contrôle du niveau de dépendance, suivi-évaluation systématique et mise en œuvre effective des recommandations, etc.) et la structure économique (balance commerciale excédentaire, poids important du secteur secondaire, niveau des revenus des ménages, etc.) sont le dénominateur commun des pays considérés comme ayant des bonnes pratiques en matière de protection financière des ménages en santé, ou de protection sociale en général.

La qualité des données ne permet pas de conclure avec le seuil de pauvreté large qui fournit plutôt une diminution de la pauvreté suite au paiement pour la santé. La principale explication est le fait que les dépenses de santé ne reflètent pas suffisamment l'état de santé des ménages, surtout des pauvres. Ceci corrobore partiellement avec l'explication statistique selon laquelle beaucoup de ménages pauvres ont dépensé pour leur santé moins que la composante « dépenses de santé » du seuil de pauvreté large avant paiement (Wagstaff et Doorslaer, 2002).

Les dépenses de santé des ménages se limitent sur le coût des soins et services et ne prennent pas en compte les coûts indirects parfois prépondérants tels que les dépenses de prévention, de transport, et les coûts d'opportunité tels que la perte de production due à la maladie. Les ménages qui n'ont pas demandé les services de

santé sont exclus, car les analyses se basent sur les dépenses de santé. Seule l'ECAM2 (2001) contient ces ménages (6,8%). Un traitement spécifique permet de déduire qu'il s'agit soit des ménages en bonne santé, soit des ménages parfois malades mais financièrement vulnérables ou ayant un accès géographique très difficile au centre de santé le plus proche.

La qualité des micro-données disponibles en 1996 au Cameroun n'a pas suffi pour en faire usage et élargir l'horizon d'estimation. Concernant la période de 2015 à présent où les micro-données n'existent pas, les résultats mitigés à l'échéance de la mise en œuvre de la stratégie de croissance et d'emploi (MINEPAT, 2019) sous-tendent l'hypothèse d'une protection financière qui ne s'est point améliorée par rapport à la période précédente. Cependant, il est important que ce travail soit mis à jour dès la disponibilité des données de la prochaine enquête auprès des ménages et qu'il soit élargi à la résolution d'autres problématiques.

5. Conclusion et recommandations

Cet article s'est donné pour objectif d'analyser la dynamique de la capacité du système de santé camerounais à protéger les ménages contre les risques financiers liés à la santé, en évaluant les politiques de financement passées et la pertinence du changement de paradigme du paiement direct de santé au prépaiement. La dynamique de la protection financière est observée empiriquement sur deux périodes avec les données disponibles : une amélioration sur la période 2001-2007 sous l'effet positif des politiques de réduction de la pauvreté, et un recul sur la période 2007-2014 au début de la mise en œuvre des politiques de croissance et d'emplois. L'hypothèse selon laquelle les pauvres seraient les plus impactés n'est pas valide, leur faible capacité de paiement les conduit à des faibles dépenses de santé et certains ne demandent pas les services de santé à cause de la vulnérabilité financière ou l'inaccessibilité géographique.

Au-delà du choix entre les différentes politiques de financement de la santé (gratuité, paiement direct, prépaiement), l'analyse structurelle sur le long terme de la protection financière au Cameroun et de quelques cas pratiques ailleurs a fourni des arguments favorables aux décisions prioritairement basées sur la bonne gouvernance et la structure économique.

La CSU étant déjà engagée, les recommandations pour la protection financière des ménages en santé sont basées sur les principaux leviers que sont le développement économique endogène et la bonne gouvernance : (i) la mise en œuvre d'une bonne combinaison de différentes politiques de financement ciblées (gratuité, paiement direct, assurance maladie, fiscalité, subventions) ; (ii) l'amélioration de l'offre de santé de qualité par le développement de la pharmacopée traditionnelle comme une réponse à la forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur ; (iii) le renforcement du suivi-évaluation par un chiffrage approprié des références et cibles des trois dimensions de la CSU (proportion de la population couverte par un mécanisme de prépaiement, proportion des paiements directs couverts, taux d'utilisation des services couverts), basé d'une part sur le diagnostic et la simulation des politiques de financement ciblées, et d'autre part sur la mesure de l'utilisation des services de santé (bénéficiant ou pas d'une des politiques de financement ciblées ci-dessus) à partir des données administratives publiques et privées ; (iv) le ciblage des populations bénéficiaires par la recherche d'un équilibre optimal entre le volet des couches sociales vulnérables telles que les femmes enceintes, les enfants et les personnes présentant un handicap, âgées ou vivant avec des pathologies (très facile à mettre en œuvre mais bénéfique tant aux riches qu'aux pauvres) et le volet de la pauvreté monétaire que met en exergue cette recherche (un peu difficile à mettre en œuvre dans le contexte de pays à faibles revenus avec

une économie majoritairement informelle, mais efficace contre les inégalités).

Remerciements

Nos remerciements à :

l'Institut des Hautes Études du Développement Durable (IHEDD) pour l'offre de renforcement des capacités en matière d'Économie de la santé dans les pays en développement en 2019, en particulier le Pr Jacky MATHONNAT pour son expertise qui a inspiré la production de cet article ;

l'Ambassade de France pour le financement de cette offre, avec un merci particulier à Mme Laure ALBERT qui a facilité l'accomplissement des procédures administratives entre l'Ambassade et l'IHEDD ;

l'Institut National de la Statistique (INS) pour la mise à disposition des données, en particulier M. Carlos DEFFO et M. Romain TCHAKOUTE pour leurs suggestions dans le traitement des données ;

certaines collègues du Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (MINEPAT) pour les discussions multidimensionnelles et constructives pour l'article, en particulier M. Ronnel NGAMBO, M. Lucien CHAPDA et M. Yannick KOUOQUENG.

Références

AFRISTAT, 2009. Méthodologie d'élaboration de la ligne de pauvreté sur une base harmonisée : Bilan dans les États membres d'AFRISTAT. Série méthode n°7.

Audibert, M., et Roodenbeke, E., 2005. Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives.

Département du développement humain, Région Afrique, Banque mondiale.

Eloko Eya Matangelo, G., Mongani Mpontongwe, E., Matondo Boaz, M., Lokonganze Yabe, J.P, HSU J. et Djiguimde, A. P., 2018. Étude sur l'analyse de la protection contre les risques financiers en santé : Cas de la République Démocratique du Congo. *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique, JESP* N°20.

Institut National de la Statistique du Cameroun (INS), Décembre 2015. Quatrième Enquête Camerounaise Auprès des Ménages (ECAM-4) : Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001-2014.

Li, Y., Wu, Q., Xu, L., Legge, D., Hao, Y., Gao, L., Ning, N., Wan, G., 2012. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*, 90 :664-6711.

McIntyre, D., Thiede, M., Dhalgren, G., and Whitehead, M., 2006. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*. Feb;62(4):858-65.

Ministère de l'Économie, de la Planification et de l'Aménagement du Territoire du Cameroun (MINEPAT), Février 2019. Revue des politiques de développement 2010-2018 : Rapport intérimaire.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et Groupe de la Banque Mondiale (GBM), 2015.

Tracking universal health coverage: First global monitoring report.

Organisation Mondiale de la Santé, 1978. Déclaration d'Alma-Ata.

Organisation Mondiale de la Santé, 2003. Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : vingt-cinquième anniversaire. Rapport du secrétariat. Cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé.

Organisation Mondiale de la Santé, 2005a. Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale. Résolution WHA58.33, adoptée à la 48^{ème} session de l'Assemblée mondiale de la Santé, 25 May 2005.

Organisation Mondiale de la Santé, 2005b. Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. Résumés techniques pour décideurs numéro 1.

Organisation Mondiale de la Santé, 2005c. Systèmes de financement de la santé : Comment réduire les dépenses catastrophiques ? Résumés techniques pour décideurs numéro 2.

Organisation Mondiale de la Santé, 2010. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde. Organisation Mondiale de la Santé, Genève.

Ridde, V., 2004. L'initiative de Bamako 15 ans après : Un agenda inachevé. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The World Bank.

Sanoussi, Y. et Ametoglo, M., 2019. Ampleur et déterminants des dépenses de santé

catastrophiques : Cas des ménages togolais.
Université de kara (Togo), Hunan University,
School of Economics and Trade.

Somkotra, T. and Lagrada, L.P., 2009. Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage. *Health Affairs* 28, no. 3 (2009): w467–w478. (published online 31 March 2009; 10.1377/hlthaff.28.3.w467).

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E., February 2002. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98. The World Bank, University of Sussex, Erasmus University.

Xu, K., 2005. Distribution of health payments and catastrophic expenditures methodology, Discussion Paper, number 2, Department of Health System Financing, World Health Organization.