

**LES ENJEUX ÉTHIQUES DE LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE
SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ EN MILIEU HOSPITALIER**

Papier pour la conférence académique internationale tenue par Onana Akoa François Anicet Ce20/02/2021

1. INTRODUCTION

L'augmentation des dépenses en santé, qui représentent 10% du produit intérieur brut (PIB) mondial, est plus rapide que la croissance de l'économie mondiale. Selon un nouveau rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur les dépenses en santé dans le monde, celles-ci augmentent rapidement, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'augmentation est de 6% par an en moyenne contre 4% dans les pays à revenu élevé. Les dépenses en santé sont assumées par les administrations publiques, par les individus qui paient leurs propres soins (paiements directs) et par d'autres entités telles que les régimes d'assurance-maladie facultative, les régimes prévus par les employeurs et les organisations non gouvernementales. Les dépenses en santé d'un pays sont assumées à 51% en moyenne par les administrations publiques et à plus de 35% par les individus sous forme de dépenses directes. L'une des conséquences de cette situation est que, chaque année, 100 millions de personnes plongent dans l'extrême pauvreté. (OMS, 2019)

Les problèmes éthiques posés par la contrainte budgétaire en milieu hospitalier, notamment en matière d'arbitrage des traitements particulièrement coûteux ou des interventions très lourdes que pose en filigrane notre sujet est d'une importance capitale. En effet l'OMS Afrique et le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont organisé en accord avec les ministres de la Santé des États membres, une conférence qui s'est tenue à Bamako en septembre 1987 (OMS, 1978). Cette conférence visait à repenser la stratégie des soins de santé primaires (SSP¹). À son terme, une nouvelle politique d'accès aux SSP a été adoptée. L'Initiative de Bamako (IB) annonçait la fin de la gratuité des soins et des services de santé, signant ainsi l'introduction du recouvrement des coûts. Pauvres, comme riches, étaient désormais appelés à payer eux-mêmes leurs dépenses de santé. Telle est depuis, la réalité que présentent les

¹ Les soins de santé primaires (SSP) sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination (OMS, 1978).

systèmes de santé des pays africains situés au sud du Sahara (Akin, Birdsall, & De Ferranti, 1987). Après plusieurs décennies de mise en place de cette stratégie qui devait être salubre, les données sont claires sur ses effets néfastes concernant l'équité² d'accès aux services de santé en Afrique Subsaharienne (Ridde & Blanchet, 2009). L'initiative de Bamako adoptée par ces pays n'a pas facilité, dans son application, l'accès aux soins de santé des populations et en particulier des plus pauvres³.

Depuis septembre 1989, le Cameroun a aussi réformé son système de santé et appliqué des résolutions de l'initiative de Bamako (Kondji, 2005). Malgré la gratuité de l'immunisation infantile et des soins destinés aux malades chroniques, et le fait que des efforts ont été fournis par les autorités sanitaires camerounaises pour diminuer les coûts des services, les couches de la population les plus pauvres éprouvent toujours des difficultés dans l'accès aux SSP.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1 Les enjeux éthiques du système de santé contemporains

Les systèmes de santé contemporains présentent plusieurs enjeux. Ces enjeux sont notamment relatifs à l'organisation des services de santé, et renvoient : 1) à l'équité⁴ dans la mesure où certaines populations (couches sociales pauvres et vulnérables) ne bénéficient pas des conditions nécessaires justes et acceptables pour utiliser les services de santé; 2) au financement des dépenses de santé en particulier celles de la première ligne (soins de santé primaires) qui visent l'amélioration de la santé des individus et des ménages ; 3) à la gouvernance des systèmes de santé, et notamment à la centralisation, la décentralisation, et à la régionalisation de la gestion du pouvoir dans le système de santé ; 4) à la prestation des services de santé dans une perspective de continuité des soins, et enfin 5) à l'évaluation des systèmes de santé et des innovations actuelles telle que la télésanté (Martin, 2015). Tous ces

² Principe de justice sociale, réduction des inégalités.

³ La pauvreté est une réalité multidimensionnelle qui s'exprime à travers une série de besoins nécessaires à la survie (Bertin, 2007). C'est également un manque de ressources permettant de satisfaire un ensemble de besoins essentiels à la survie de l'homme. La pauvreté se conçoit comme un manque de moyens permettant d'atteindre un certain niveau de bien-être.

⁴ Forme de justice sociale, qui vise à créer des conditions nécessaires, en réduisant les effets de facteurs considérés comme injustes et évitables (Whitehead, 1992).

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

enjeux se traduisent au final, comme une préoccupation centrale à l'endroit de l'accès⁵ aux soins de santé. Cette préoccupation est présente dans toute politique de santé, où l'on se soucie du bien-être des populations (Guend, 2006; Haddad, Roberge, & Pineault, 1997).

En dépit de sa place centrale dans la performance des systèmes de soins dans le monde, l'accès aux soins de santé reste une notion très complexe. Il existe des variations dans la définition de l'accès ainsi que dans sa conceptualisation (Levesque, Harris, & Russell, 2013). Étymologiquement, l'accès est défini comme une façon d'aborder, d'atteindre ou d'entrer dans un lieu, que le droit ou la possibilité d'atteindre, d'utiliser ou de visiter (Kafando & Ridde, 2010; Penchansky & Thomas, 1981; Richard & Chiffelle, 2001). L'accès aux soins de santé renvoie au début ou l'ouverture du processus d'utilisation d'un service de santé. Avoir accès dénote d'un potentiel d'utiliser le service si nécessaire. L'accès peut donc se concevoir comme une équation entre l'offre et la demande de services, au regard de leur disponibilité et de leur utilisation en fonction d'un besoin exprimé, ou plus largement comme un parcours complexe de soins reposant notamment sur l'interaction entre des ressources mobilisées par les individus et les communautés, les caractéristiques des prestataires de services, des populations, des organisations et des systèmes de santé (Haddad, Nougara, & Ridde, 2004).

D'après Gulliford et al., (2002); Peters et al., (2008), l'accès est lié à l'utilisation en temps opportun des services selon les besoins. Il s'agit pour nous de l'opportunité pour un individu, un ménage, une communauté de pouvoir utiliser les services de santé appropriés en fonction de leurs besoins, d'avoir les besoins de santé satisfaits. D'après Peters et al., (2008), l'accès est un concept complexe qui se conçoit en 4 dimensions : l'accessibilité géographique, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité. Frenk et White (1992) relèvent une nuance entre l'accès et l'accessibilité. D'après ces auteurs, l'accessibilité décrit la nature des services de santé dont l'emplacement, l'organisation des coûts peut permettre, faciliter ou entraver la capacité d'un large éventail de patients potentiels à rechercher et à obtenir des soins.

⁵ Aday, Anderson et Fleming (1980), définissent l'accès comme l'entrée potentielle et effective d'une population dans le système de soins de santé. Selon Richard et Chiffelle (2001), l'accès est la capacité d'atteindre un service et d'y être admis. Dans les pays en développement (PED), certains auteurs Daniels (1982) et Whitehead (1992) le définissent comme la possibilité ou la facilité avec laquelle les consommateurs ou les communautés sont en mesure d'utiliser les services appropriés. Richard et Chiffelle définissent l'accès au service de santé comme la capacité d'atteindre un service de santé et d'y être admis. Ces auteurs poursuivent et soulignent que l'accès aux soins de santé est la capacité de la population ou d'un segment de la population d'obtenir et d'utiliser des services de santé disponibles.

2.2 L'accessibilité géographique

L'accès aux soins est influencé par l'accessibilité qui est un concept largement étudié dans la recherche scientifique pour une large gamme de besoins et applications (Vega, 2012). Dans le cadre de cette étude, l'accessibilité indique la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. Elle traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins. L'accessibilité géographique renvoie à la notion de distance entre l'utilisateur et la ressource sanitaire qui est privilégiée au sens de la capacité à produire un recours (Bonnet, 2002). L'accessibilité géographique est la distance physique ou le temps de déplacement d'un endroit au lieu de la prestation de services utilisateurs (Peters et al., 2008). D'autres auteurs considèrent l'accessibilité géographique comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet (Penchansky & Thomas, 1981). Dans les pays développés (PD), certains individus en fonction de leur lieu de résidence éprouvent des difficultés d'accès aux soins de santé en termes de distance. Par exemple au Québec, les communautés autochtones qui résident généralement en zones reculées sont confrontées à ce problème. L'accessibilité géographique constitue aussi une véritable barrière d'accès aux soins de santé dans les PED. Si dans les PD, l'accès à une formation sanitaire éloignée peut être facilité par l'existence des moyens de communication, de route, de téléphone et d'internet, tel n'est pas toujours le cas dans les PED. La rareté, le manque, voire l'absence des moyens de communication évoqués ci-dessus, rendent difficile l'accessibilité géographique aux soins dans ces pays. Par exemple dans les PED, les moyens de transport disponibles sont parfois le port à dos humain, le transport par sangle, la poussette, la brouette, les animaux (âne, cheval...), parfois des motos et quelques rares voitures de transport en commun. Tous ces moyens ne sauraient garantir la sécurité du malade au cours d'un transport, pour des besoins médicaux, vers une formation sanitaire. Le coût du transport dépend de chaque localité, de la distance à parcourir, du degré d'urgence, de la saison, du coût du carburant, de la négociation avec le responsable du véhicule, etc. D'une manière générale, les difficultés d'accessibilité géographique semblent plus concerner le milieu rural, tant dans les PD que dans les PED (même si dans l'organisation de certains services dans les PD, cette difficulté se rencontre de plus en plus en milieu urbain). Cette situation soulève le problème d'équité d'accès aux soins de santé du point de vue géographique entre le milieu urbain et le milieu rural ou entre certains quartiers urbains.

2.3 La disponibilité des services

L'accès aux soins est aussi influencé par la disponibilité. Selon Levesque et al. (2013), la disponibilité constitue l'existence physique de ressources en santé avec une capacité suffisante pour produire des services. Ces auteurs poursuivent et soulignent que la disponibilité se réfère au fait que les services de santé sont l'espace physique ou ceux qui travaillent dans des rôles de soins de santé peuvent être atteints à la fois physiquement et en temps opportun. Celle-ci fait référence à la relation entre le volume et le type de services existant et celui des besoins rencontrés par des personnes (Penchansky et Thomas, 1981). La disponibilité des services ou accessibilité physique exige qu'il y ait une offre suffisante des services de santé (infrastructures, matériel médical, personnel de santé, etc.). Ainsi, avoir accès aux soins de santé selon cette dimension nécessite la possibilité d'obtenir les soins de santé quand le besoin survient (Haggerty et al., 2014). Ceci suppose également que, pour qu'il y ait possibilité d'accès aux soins de santé, il faut au préalable l'existence d'une structure sanitaire fonctionnelle et prête à accueillir le patient au moment où le besoin s'impose. La notion de disponibilité nous fait comprendre qu'un besoin de santé appelle une offre de soins et des services. Les auteurs précédents soulignent à ce sujet que la disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes principales, soit une présence physique, une disponibilité temporelle et une fourniture des prestations adaptées aux besoins, en volume et en nature. Ainsi, dans les PD, la disponibilité des services se fait plus remarquer en termes de présence physique dans des localités éloignées du point de vue géographique. Par contre dans les PED, l'existence effective d'une infrastructure de santé d'une part, et d'un personnel adéquat d'autre part, ne garantit pas le volume et la qualité des prestations attendus. Dans ce cas, la disponibilité peut influencer l'utilisation des services de santé tant sur le plan physique (absence de structure sanitaire, liée probablement au faible nombre d'habitants dans la localité) que sur la qualité des services offerts. Ces problèmes de disponibilité se posent avec plus d'acuité dans les PED comme le soulignent Richard et Chiffelle (2001).

Les ministères de la Santé et leurs directions régionales tendent souvent à envoyer le personnel le moins qualifié en zone rurale compromettant ainsi la qualité de soins offerts aux populations rurales (Aye, 2001a). Du fait de la concentration des ressources sanitaires dans les villes et du dysfonctionnement quasi généralisé du système de référence, une offre supérieure à la demande

est plus plausible en milieu urbain, surtout pour certains services spécialisés, censés être adressés à tous. À ces disparités d'accès aux services de santé auxquelles sont confrontées les populations dans le monde selon la zone de résidence, s'ajoutent aussi les obstacles culturels d'accès aux soins tels que la commodité, l'acceptabilité (Ensor & Cooper, 2004).

3. RESULTATS ET DISCUSSIONS

3.1 L'accessibilité culturelle (commodité, acceptabilité)

Bien que l'on puisse considérer la commodité et l'acceptabilité, comme deux composantes de l'accès aux soins de santé en lien avec la culture (sociale et hospitalière), ces deux notions traduisent deux réalités différentes. D'après Richard et Chiffelle (2001), la commodité renvoie à la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. Il s'agit de la concordance entre l'organisation fonctionnelle des services de santé et la disposition temporelle des usagers à les utiliser. Dans les PD, le fonctionnement des formations sanitaires cadre avec les heures de travail des utilisateurs des services. Plusieurs mécanismes (congés, permissions, heures libres, etc.) permettent aux individus de disposer du temps pour utiliser les services de santé. Dans les PED, les formations sanitaires publiques installées en milieu rural, plus qu'en milieu urbain, ont des heures de fonctionnement qui ne cadrent pas toujours avec le rythme de travail des paysans. Richard et Chiffelle rapportent que les paysans quittent souvent le village le matin pour les champs, avant même que le centre de santé n'ouvre. Ils rentrent à la tombée de la nuit, lorsque les centres sont fermés.

L'acceptabilité, quant à elle concerne les facteurs culturels et sociaux qui déterminent la possibilité pour les gens d'accepter les aspects du service (personnel soignant de sexe masculin ou féminin, les croyances associées aux systèmes de médecine) et la pertinence jugée pour les personnes à obtenir des soins (Levesque et al., 2013). Penchansky et Thomas (1981) nous invitent à la considérer comme étant la capacité à la fois du prestataire de services et du patient à surmonter les barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. Elle laisse transparaître les comportements des acteurs en présence, le personnel de santé et les bénéficiaires de santé. Les utilisateurs des services de santé dans leur quête de soins s'attendent à un accueil de qualité et à des soins qui répondent à leurs besoins. Ils s'attendent à pouvoir

parler de leur maladie selon leurs représentations et dans la langue qu'ils maîtrisent. Ils espèrent leurs convictions religieuses comprises, respectées, et veulent surtout être acceptés avec leur culture. Toutes ces attentes sont formulées à l'endroit du prestataire de soins qui doit donner une réponse correspondant au besoin de santé de l'individu malade. Le prestataire de soins a également besoin d'être respecté et d'être considéré par le malade et par la société. Penchansky et Thomas (1981) soulignent que l'acceptabilité confronte ainsi les attentes réciproques des uns et des autres et renvoie notamment aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique.

L'acceptabilité semble influencer l'accès et l'utilisation des services de santé plus que la commodité dans les PED. La littérature rapporte même des cas de décès dans les services d'urgence en rapport à ces notions. Des patients ne s'exprimant pas dans la langue du prestataire de soins ont tendance à être reçus tardivement à cause des difficultés de communication. Tout système de santé a donc parmi ses missions de relever ces enjeux évoqués ci-dessus en vue de faciliter l'accès aux soins et services de santé et leur utilisation.

3.2 Financement des dépenses de santé dans les pays développés

Au-delà des enjeux précédents, le financement des dépenses de santé des individus et des ménages constitue un facteur de premier ordre de l'accès et de l'utilisation des services. Comme on le rapporte dans la pensée populaire, la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Pour qu'il y ait accès aux soins de santé, il faut une mobilisation des financements, à l'échelle individuelle ou collective. À ce titre, différents mécanismes de prise en charge des dépenses de santé ont été développés dans le monde. Parler de financement de la santé, c'est envisager la mise à disposition des capitaux nécessaires à la prise en charge des dépenses liées à la santé (Audibert, Mathonnat, & Roodenbeke, 2003).

Il s'agit de mobiliser des ressources nécessaires à la mise en place de mesures de prévention et de prise en charge médicale répondant aux besoins des populations (Roodenbeke, 2003). Par exemple, dans les pays développés, le financement des dépenses de santé des individus est régi par différents mécanismes de protection sociale (Lambert, 2000) qui assurent aux individus l'accès au système de soins par l'entremise d'assurances parfois publiques, parfois privées, ou combinées (Guillemin, 2009). La protection sociale ici désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

liées à des situations qui provoquent une baisse de ressources ou une hausse de dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, etc.). Elle repose sur plusieurs types de mécanismes : des prestations sociales, versées directement aux ménages, qui peuvent être en espèces (pensions de retraite) ou en nature (remboursements de soins de santé); des prestations de services sociaux, qui désignent l'accès à des services, fournis à prix réduit ou gratuitement (crèches, hôpitaux) (OMS, 2000). À ce titre, les pays développés ont adopté différents modèles de protection sociale qui facilitent à leur manière une prise en charge des dépenses de santé. On rencontre notamment le modèle bismarckien ou modèle d'assurance dont la gestion décentralisée (caisses) cible plus les travailleurs. D'après Lambert, la couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques. Il s'agit d'un mode de préfinancement des dépenses de santé par cotisations patronales et personnelles. Dans ce modèle, l'accès aux soins de santé semble dépendre du travail et des assurances détenues. Le modèle bismarckien a été introduit en Allemagne et adapté en France, en Belgique et au Japon. Dans le modèle beveridgien, l'État est à la fois le contrôleur, le planificateur et le financeur de l'ensemble du dispositif (Guillemin, 2009). Il s'agit d'un système universel de protection sociale non lié à l'emploi, financé par l'impôt et engageant directement les finances publiques. Selon Lambert et al (2009), c'est un système de protection sociale sans affiliation, couvrant les mêmes risques que la sécurité sociale bismarckienne (accidents du travail, maladie, vieillesse, invalidité).

Dans ce modèle, tous les citoyens sont couverts et reçoivent le même montant de la prestation sociale, quel que soit le risque réalisé. Ainsi, l'État est garant de l'accès aux soins de santé de toutes les couches sociales. Le modèle beveridgien est adapté au Canada, en Australie, Nouvelle-Zélande, Italie, Espagne, Portugal, Grèce et dans les pays scandinaves. Enfin, le modèle d'inspiration libérale implanté aux États-Unis. C'est un modèle mixte qui fait coexister l'assistance de l'État aux familles défavorisées et l'assurance privée (employeur ou, souscrit à titre individuel). Il s'agit d'un modèle libéral où l'État laisse au secteur privé une importante charge du financement du système de soins, assuré par une offre concurrentielle d'assureurs privés. Dans ce modèle, l'accès aux soins de santé des usagers dépend essentiellement du secteur privé et de la couverture restreinte de l'État aux couches sociales défavorisées (Guillemin, 2009). À leur mesure, ces modèles permettent que les systèmes de financement collectif remplacent la prise en charge financière des soins de santé par les individus (Ridde,

2004). Le but ultime des protections sociales qu'ils proposent est selon Lambert, de préserver une couverture universelle, une égalité et une équité d'accès aux soins et aux services de santé.

3.3 Systèmes de santé dans les pays en développement : enjeux locaux du financement

Les différents systèmes de protection sociale évitent aux ménages des pays développés de payer de leur poche les soins. Ces systèmes tiennent également compte des personnes pauvres, démunies et d'autres personnes défavorisées socialement. Ce n'est malheureusement pas encore le cas dans la plupart des PED (Brouwere, 2000). Il faut dire qu'ici l'enjeu économique est double dans la mesure où l'on est dans un contexte de fragilité économique et de grande pauvreté. Les ménages ne bénéficient d'aucune protection sociale pour faciliter leur accès aux soins de santé, dans un environnement où l'on fait face au recouvrement des coûts. Dans les PED, les enjeux de l'accès aux soins de santé présentent certaines particularités. Le mode de financement des dépenses de santé est différent de celui des PD. Le système de protection social est quasiment inexistant et l'accès aux soins de santé est une action individuelle qui interpelle davantage l'individu malade et le groupe social auquel il appartient. Il ne relève pas d'un partage collectif du risque au niveau national. L'accessibilité géographique est une barrière importante et très fréquente. Il existe également d'autres enjeux discutés plus haut et liés à la disponibilité des services de santé et à l'accessibilité culturelle. Au-delà de ces problèmes auxquels font face les ménages dans l'accès au système de soins dans les PED, plusieurs auteurs reconnaissent que le financement des dépenses de santé, à travers le recouvrement des coûts (Ridde & Jacob, 2014), constitue l'une des plus importantes barrières d'accès aux soins de santé des pauvres et des plus pauvres dans ces pays, en particulier, dans les pays d'Afrique subsaharienne (Haddad & Fournier, 1995; Noirhomme, Ridde, & Morestin, 2009; Ouendo, Makoutodé, Wilmet-Dramaix, Paraiso, & Dujardin, 2004; Ridde, 2012; Ridde, Meessen, & Kouanda, 2011; Well, 2003). La majorité des pays de cette région font face à des problèmes de financement de leur système de santé. Les faibles budgets des États, le peu de considération des valeurs et des attentes des populations dans un contexte de lente croissance économique, associés parfois à l'instabilité politique, sont quelques raisons qui pourraient justifier cette situation (Kutzin, 2001). Voyons alors la situation qui se présente ici en abordant tout spécialement les modes de financement des dépenses et les mécanismes du recouvrement des coûts.

3.4 La collecte des fonds

Depuis les années 1980, suite à la crise économique, le budget des PED est devenu insuffisant pour assurer le financement des services de santé. L'État n'est plus le financeur principal. La collecte de l'impôt direct est rendue difficile du fait qu'une large partie de la population travaille dans le secteur informel et les mécanismes de perception des impôts sont peu efficaces. Le financement du gouvernement tire généralement sa source des impôts directs, prélevés sur le revenu des entreprises ou des particuliers, soit des impôts indirects comme la taxe sur la valeur ajoutée ou les droits de douane (McIntyre, 2007). Le budget alloué à la santé par les États africains est loin des 15% adopté lors de la conférence d'Abudja en 2001 (Mathonnat, 2008). Le financement public semble pourtant indispensable pour un fonctionnement adéquat d'un système de santé. Des initiatives sont en cours dans certains pays africains comme le Ghana ou le Zimbabwe qui ont introduit un nouvel impôt destiné spécifiquement à financer la santé (McIntyre, 2007). Qu'en est-il de la situation de l'assurance maladie dans ces pays ?

La situation de l'assurance maladie dans les PED varie selon les pays. La population couverte varie entre 0% à 25% (Flori, 2000; Guillemin, 2009). Lorsque ce type d'assurance existe, ce sont les fonctionnaires de l'État et quelques employés du secteur formel qui en bénéficient (par exemple 1% en Éthiopie, 10% au Sénégal et 11% au Kenya) (Dumoulin & Kaddar, 1993; Huber, Hohmann, & Reinhard, 2003; Ridde, Belaid, Samb, & Faye, 2014). Pourtant, à suivre Guillemin (2009), les travailleurs du secteur informel qui représentent plus de 80% de la population active sont les plus affectés par les risques financiers liés à la maladie. Il existe différents types d'assurance maladie : l'assurance maladie obligatoire, dont l'adhésion est obligatoire ; et l'assurance maladie privée, libre d'adhésion. En fonction des pays, ces systèmes d'assurance sociale sont financés sur la base des cotisations entre salariés et employeurs (Lewin et al., 2008). Trois facteurs conditionnent en général l'adhésion à ces mutuelles, soit, la capacité à payer les contributions, la confiance dans la gestion du système, et la qualité de l'offre dans les structures auxquelles elle donne accès (McIntyre, 2007).

RÉFÉRENCES

- Audibert, M., Mathonnat, J., et de Roodenbeke, E. (2003). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris : Karthala.
- Audibert, M., et Mathonnat, J. (2000). Cost recovery in Mauritania : initial lessons. *Health policy and planning*, 15(1), 66-75.
- Bennett, S., Creese, A., et Monasch, R. (1998). *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva : WHO.
- Binam, J. N., Nkendah, R et Nkelzok, V. (2008). Préfinancement communautaire des soins de santé pour un meilleur accès des populations rurales aux services de santé de base : une estimation du consentement à prépayer. *Codesria*, p. 177-190.
- Aboubakar, K. Y., et Develtere, P. (2003). Mutuelles de santé au Cameroun. *HIVA-Research Institute for Work and Society*, 1-32.
- Bertalanffy, V. L. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Paris : Dunod.
- Cissé, B., Luchini, S., et Moatti, J. P. (2004). Recouvrement des coûts et demande de soins dans les PED. *Revue française d'économie*, 18(4), 111-149.
- Contandriopoulos, A. P. (2008). La réforme du système de santé : un enjeu de société. *Santé, Société et Solidarité*, 7(2), 31-40.
- Contandriopoulos, A. P. (2003). Inertie et changement. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A. P. (1994). Réformer le système de santé : une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), 8-26.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

- Desgroseilliers, Vonarx, N., Guichard, A., et Roy, B. (2016). *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Doumbouya, M. L. (2008). Accessibilité des services de santé en Afrique de l'Ouest : le cas de la Guinée. *IDEAS Working Paper Series from RePEc* (2008-2), 1-20.
- Dourgnon, P., Jusot, F., et Fantin, R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics* (28-29), 123-147.
- Dumoulin, J., et Kaddar, M. (1993). Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes. *Sciences sociales et santé*, 11(2), 81-119.
- Essomba, A. (2012). Organisation du système des soins au Cameroun : séminaire d'imprégnation des personnels du MINSANTE nouvellement recrutés à la Fonction publique dans le cadre du recrutement des « 25000 » Yaoundé 11-13 janvier 2012. [En ligne]. http://www.cm-minsante-drh.com/site/images/stories/systeme_soins.ppt. (Page consultée, le 10 / 3 / 2015).
- Gauvrit, E. et Okalla, R. (2001), « La difficile mise en place des districts sanitaires urbains ». *Bulletin de l'APAD*. [En ligne]. <http://apad.revues.org/186>. (Page consultée le 18 février 2017).
- Gobbers, D., & Pichard, E. (2000). L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest. *Actualité et dossier en santé publique*, 35-40.
- Guillemin, F. ; Kohler, F. ; Lejeune, C. ; Monnet, E. ; Quantin, C. ; Tabutiaux, A. (2009). Analyse comparative des systèmes de santé. [En ligne]. https://www.ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2.../ACSS_web.html (Page consultée le 10 / 3 / 2015).
- Haddad, S., Zombré, D., Queuille, L., et Ridde, V. (2013). La gratuité des services aux mères et aux enfants au Burkina Faso améliore fortement et durablement l'accès et la fréquentation des services. [En ligne]. <http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/.../request.dl.php?api>. (Page consultée le 10 / 3 / 2015).

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

- Haddad, S., Nougara, et Ridde. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 3(2), 199-210.
- Haddad, S., et Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social Science and Medicine*, 40(6), 743-753.
- Hamelin-Brabant, L., Fournier, C., Ghandour, E., K. (2016). La santé communautaire comme notion et pratique distincte de la santé publique. Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard et B. Roy (dir). *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis* (p. 59-64). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Huber, G., Hohmann, J., et Reinhard, K. (2003). *Mutuelles de Santé-5 Années d'expérience en Afrique de l'Ouest*. Eschborn : Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH.
- INS (2012). *Enquête démographique et de Santé et à Indicateurs multiples du Cameroun EDS-MICS4*. Yaoundé : Institut national de la statistique.
- Kaddar, M., Stierle, F., Schmidt-Ehry, B., et Tchicaya, A. (2000). L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne. *Tiers-Monde*, 41(164), 903-925.
- Kondji, D. (2005). *Politiques et systèmes de santé*. Yaoundé : Imprimerie Saint Paul.
- Letourmy, A. (2008). Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains. *Comptes Rendus Biologies*, 331(12), 952-963.
- Minsanté. (2016). *Stratégie sectorielle de santé 2016-2027*. Yaoundé : Minsanté.
- Minsanté. (2010). *Analyse de la situation des ressources humaines pour la santé*. Yaoundé : Minsanté.
- Minsanté. (2009). *Profil en ressources humaines pour la santé du Cameroun*. Yaoundé : Minsanté.
- Minsanté. (2009a). *Guide national de fonctionnement des structures de dialogue des districts de santé*. Yaoundé : Minsanté.
- Minsanté. (2005). *Cadre conceptuel d'un district de santé viable*. Yaoundé : Minsanté.
- Minsanté. (2001). *Stratégie sectorielle de santé 2001-2015*. Yaoundé : Minsanté

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

Monekosso G. L., et Kollo B. (2008). *Principes et pratique de la santé communautaire*.

Yaoundé : Éditions Clé.

Ndjepel, J., et Bitha, H. (2016). Quand santé communautaire rythme avec démocratie au Cameroun : un espoir pour l'amélioration de la santé des populations. Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard et B. Roy (dir). *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis* (p. 283-287). Québec : Presses de l'Université Laval.

Ndongo, J. C. A., et Nanfosso, R. T. (2012). Impact des Mutuelles de santé sur les Comportements de Demande de Santé des Ménages au Cameroun. *Micro Insurance Innovation Facility, EU-DN, International Labour Office, 20*, 1-22.

Nkoum, B. A. (2016). Les fondamentaux de la santé communautaire, de la pensée à la praxis. Dans V. Desgroseilliers, N. Vonarx, A. Guichard et B. Roy (dir). *La santé communautaire en 4 actes : Repères, acteurs, démarches et défis* (p. 169-173). Québec : Presses de l'Université Laval.

OMS. (2011). *Examen de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*. Namibie : OMS.

OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.

Ouendo, E. M., Makoutodé, M., Paraiso, M. N., Wilmet-Dramaix, M., et Dujardin, B. (2005). Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé). *Tropical Medicine and International Health, 10*(2), 179-186.

Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé*. Washington : The World Bank Health.

Ridde, V., et Blanchet, K. (2009). Débats et défis autour de la gratuité des soins en Afrique : « retour vers le futur » ? *Santé (Montrouge, France), 19*(2), 101-106.

Review University Without Borders for the Open Society (RUFSSO)

ISSN: 2313-285X Volume :24, Issue : 06 , March 2021

Content available at <http://www.rufso.org/publications>

- Ridde, V., et Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'Initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé Publique* 16(1), 37-51.
- Ridde, V., Meessen, B., et Kouanda, S. (2011). L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? *Santé publique*, 23(1), 61-67.
- Ridde, V., et Jacob, J. P. (2014). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique*. Paris : Harmattan.
- Velasquez, G. (1989). Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du tiers monde. *Tiers-Monde*, 30(118), 455-463.
- Waelkens, M. P., et Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique Sub-Saharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche, Health, Nutrition and Population Discussion Paper*. Washington DC : The World Bank.
- Yaya, S. et Ileka-Priouzeau, S. (2010). Accès et équité dans les systèmes de soins de santé en Afrique. Dans S. Yaya (dir), *Les maux et les choses de la santé : Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*, 65-68, Québec : Presses de l'Université Laval.