

Promouvoir l'Adhésion Universelle aux Mécanismes d'Assurance Maladie au Cameroun

Rapport complet

Cette note d'information stratégique a été préparée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé, une unité de recherche au sein du chapitre camerounais de l'Initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet) de l'Organisation Mondiale de la Santé

Septembre 2012

For Best Practices in Health
CDBPS-H
Pour des Bonnes Pratiques en Santé

SURE
Supporting the Use of Research Evidence

EVIPNet
EVIDENCE-INFORMED POLICY NETWORK

Audience de cette NIS

Décideurs politiques et leurs conseillers, gestionnaires en santé et autres parties prenantes intéressées par la **faible adhésion aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun**

Pourquoi cette NIS ?

Pour **informer** sur les **délibérations** faites sur les politiques et les programmes de santé en **résumant les meilleures bases factuelles disponibles** par rapport au problème et aux solutions viables envisagées

Qu'est ce qu'une NIS fondée sur des bases factuelles ?

Il s'agit de synthèse de résultats de la recherche regroupant **des bases factuelles globales issues** des revues systématiques et **les bases factuelles locales** pour éclairer la prise de décision et informer les délibérations sur les politiques et programmes de santé

***Revue Systématique :** Un résumé des études qui répondent à une question clairement formulée et qui utilisent des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer de façon critique les recherches pertinentes et pour collecter et analyser les données de cette recherche.

Rapport Complet

Cette NIS existe sous forme de **messages clés** et de **résumé d'orientation**.

Auteurs

François Colin Nkoa, PhD, Economiste

Chercheur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun
Email: fnckoa@yahoo.com

Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc

Directeur, Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé
Hôpital Central – Yaoundé, Cameroun
Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour correspondance

Dr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé - Cameroon

Procédure de Revue Interne

Cette note d'information stratégique a été revue par Dr David Yondo, Chercheur au Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé.

Conflit d'intérêts

Aucun.

Remerciements

Initiative pour la Recherche en Santé Mondiale administrée par le Centre de Recherches pour le Développement International – Ottawa, Canada
Le projet de recherche SURE – Bourse de recherche de l'Union Européenne

Citation

Nkoa F.C., Ongolo-Zogo P. 2012. Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun



SURE – Supporting the Use of Research Evidence (SURE) for Policy in African Health Systems – is a collaborative project that builds on and supports the Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) in Africa and the Regional East African Community Health (REACH) Policy Initiative. SURE is funded by the European Commission's 7th Framework Programme.

www.evipnet.org/sure

The Centre for Development of Best Practices in Health (CDBPH) is a research unit that was established in June 2008 at the Yaoundé Central Hospital. Its aim is to foster knowledge translation and exchange for better health in Africa. CDBPH is a knowledge brokerage unit designed to link health researchers with health decision makers. This initiative aims to assist researchers by collecting, synthesising, re-packaging, and communicating relevant evidence in user-friendly terms that stakeholders at many different levels can both understand and use effectively. The CDBPH also intends to serve health decision makers by providing capacity building opportunities, providing evidence summaries, and identifying needs and gaps related to Evidence to Practice. www.cdbph.org

The **Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet)** promotes the use of health research in policymaking. Focusing on low and middle-income countries, EVIPNet promotes partnerships at the country level between policymakers, researchers and civil society in order to facilitate policy development and implementation through the use of the best scientific evidence available.

www.evipnet.org

Messages clés

Le problème

- Malgré les efforts de promotion des mutuelles de santé depuis une décennie et l'existence d'une vingtaine de compagnies privées proposant des polices d'assurance maladie, à peine 1% de la population camerounaise bénéficie d'une couverture du risque maladie. Cette situation explique en partie que la dépense de santé des ménages s'effectue à 94,6% sous forme de paiements directs au point de délivrance lors des épisodes de maladie soit une somme estimée à 556 Milliards annuels en 2010.
- Ce mode d'achat des soins et services de santé est inefficace, les indicateurs de santé du Cameroun sont moins bons que ceux des pays africains allouant moins de ressources à la santé des populations, la dépense de santé au Cameroun porte à plus de 75% sur les examens médicaux et les médicaments de marque alors que l'Etat subventionne de façon substantielle les médicaments génériques. D'autres prestations subventionnées par l'Etat sont sous utilisées en raison de l'obligation d'un paiement cash préalable pour y accéder.
- Les facteurs sous jacents de la faible couverture du risque maladie sont entre autres : (i) la méfiance des ménages vis-à-vis des mutuelles de santé et des compagnies privées d'assurances; (ii) l'absence d'obligation d'être assuré contre le risque maladie qui transforme l'assurance maladie en un service réservé à une élite ; (iii) l'ignorance des avantages inhérents à l'assurance maladie par une large frange de la population ; (iv) la pauvreté et le montant élevé des primes d'adhésion et des cotisations annuelles ; et (v) la forte prévalence de l'emploi dans le secteur informel (80,6%).

Options

- **Option 1** : Rendre obligatoire par la loi l'assurance maladie pour toute personne vivante au Cameroun puis choisir entre **l'alternative 1a** : créer une caisse nationale d'assurance maladie universelle avec des agences départementales couvrant un régime général et restreindre les assurances actuelles à un régime complémentaire et **l'alternative 1b** : laisser agir les assurances actuelles dans un cadre réglementaire actualisé ;
- **Option 2** : Instaurer une taxe adossée à la taxe sur la valeur ajoutée, une taxe spécifique sur les biens et services avec externalités négatives sur la santé et une contribution sur le bénéfice des entreprises pour financer le régime général de l'assurance maladie;
- **Option 3** : Informer et éduquer les populations sur les avantages de l'assurance maladie.

Considérations de mise en œuvre

- Les deux premières options exigent des ajustements administratifs et financiers au niveau des secteurs sociaux, économiques et éducatifs.
- Les coûts de la réforme sont estimés à 6-7% du montant total de la dépense annuelle de santé.
- Les obstacles prévisibles sont la résistance ou le refus du changement, l'ignorance, l'indiscipline, la corruption ; la rareté des ressources humaines et financières pour assurer la pérennité des réformes; la collaboration inter ministérielle approximative et la bureaucratie réticente à la décentralisation effective des ressources.
- Les stratégies pour y faire face incluent l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement, le plaidoyer, l'élaboration concertée de la réforme et l'allocation appropriée des ressources pour accompagner la réforme et le renforcement des capacités institutionnelles.

Le Problème

Background

La présente note d'information stratégique vise à éclairer les parties concernées par la faible adhésion des citoyens aux divers systèmes d'assurance maladie sur le marché camerounais et propose trois options visant à améliorer l'accès équitable aux services et soins de santé. Le système actuel de paiement direct au point de délivrance des soins et services de santé place ces derniers dans la logique marchande des biens et services courants compromettant ainsi lourdement la prospective d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) relatifs à la santé. L'adoption de la Vision 2035 d'un Cameroun économiquement émergent rend prioritaire la mise en place d'un socle national de solidarité autour du risque humain le plus certain, la maladie ; en effet, tous les pays membres de l'Organisation de Coopération pour le Développement Economique et les pays émergents ont reconnu l'exceptionnalité des soins et services de santé en les excluant du marché courant de biens et services.

Le problème

La dépense de santé au Cameroun est jugée inefficace par la Banque Mondiale, certains pays avec une dépense identique ou inférieure réalisent de meilleurs résultats en termes de santé de la population, en raison de la mauvaise gouvernance, du sous financement public et de l'utilisation irrationnelle des médicaments et de la technologie médicale (Banque Mondiale, 2006). En 2009, la dépense totale de santé au Cameroun était estimée à plus de 680 milliards de FCFA dont plus de 75% à la charge des ménages et d'une manière pour le moins irrationnelle : près de 95% sont déboursés au point de délivrance des soins lors des épisodes de maladie (OMS, 2009, 2010). Les populations consultées lors de l'élaboration du document de stratégie pour la croissance et l'emploi et lors de la dernière enquête de satisfaction des usagers des services publics se plaignent de l'inaccessibilité des médicaments et des plateaux techniques des hôpitaux (INS, 2010 ; Minepat, 2010).

Pour y faire face, le soutien de la demande de soins constitue une priorité de premier plan du Gouvernement qui se traduit dans les faits par des nombreuses mesures de gratuité et de subvention des médicaments, de certains examens médicaux ou de traitements tels la dialyse. Par ailleurs, une stratégie d'appui au développement des mutuelles de santé soutenue par la Banque Africaine de Développement et la Coopération Allemande (GIZ) est mise en œuvre. La Coopération Française soutient la subvention des soins obstétricaux dans les trois régions septentrionales. Des

associations communautaires et des élites organisent régulièrement des campagnes de soins gratuits avec dons de médicaments. Malgré tous ces efforts, les effets tangibles escomptés tardent (Minepat, 2010 ; Minsanté, 2009).

En 2008, l'Arrêté n°159/PM a établi un Comité Interministériel de réflexion sur la modernisation de la sécurité sociale. Ce comité a élaboré plusieurs projets de textes législatifs et réglementaires : 1) l'avant projet de loi cadre sur la sécurité sociale ; 2) l'avant projet de loi cadre sur les mutuelles ; 3) l'avant projet de loi fixant le cadre général de la couverture du risque maladie ; 4) le projet de décret portant création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de la Caisse Nationale des Personnels de l'Etat (Minsanté, 2010).

L'engagement politique à promouvoir un système d'assurance maladie a été réaffirmé par le Président de la République lors de sa prestation de serment le 03 Novembre 2011 : «La mise en place, dans le cadre de notre système de sécurité sociale, d'un dispositif d'assurance maladie facilitera l'accès aux soins des moins favorisés...».

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a reconnu la faillite du système de recouvrement des coûts au point de délivrance des soins en faisant de la promotion des mécanismes d'assurance maladie une des stratégies essentielles pour accélérer les progrès vers l'atteinte des OMD lors de la 58^{ème} Assemblée mondiale de la santé en 2005. La résolution WHA58.33¹ est explicite sur l'urgence de mettre en place des mécanismes de paiement anticipé des contributions financières pour les soins de santé pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Cette résolution faisait suite au rapport de la Commission Macroéconomie et Santé qui déjà en 2001 recommandait un « remplacement de la formule de paiement direct des soins par les usagers par un système de prépaiement s'appuyant sur des programmes de financement communautaire » et l'adoption de mesures pour « inciter les travailleurs du secteur informel à adhérer à des régimes d'assurance fondés sur le partage des risques ». De même l'Organisation Internationale du Travail recommande le recours aux mécanismes assurantiels pour améliorer la protection sociale des travailleurs. (ILO - Social Security Department, 2008). Le rapport mondial sur la santé 2010 consacré au financement de la santé fournit un argumentaire étoffé sur les bénéfices des mécanismes assurantiels et la faillite des paiements directs (WHO, 2010). Le

¹ Résolution WHA58.33, Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale, Genève, OMS, 2005.

Gouvernement a opté de laisser faire le marché en libéralisant l'assurance maladie volontaire à travers les compagnies privées et d'encourager la mise en place des mutuelles communautaires de santé (Minsanté, 2009 ; Minepat, 2010). Une vingtaine de compagnies d'assurance commerciale opère au Cameroun dont une large majorité offrant une assurance maladie, le nombre exact des mutuelles de santé communautaires ou corporatistes n'est pas connu et plusieurs associations communautaires offrent diverses formes de solidarité autour de la maladie.

Ampleur du problème

La fraction de la population vivante au Cameroun et couverte par un mécanisme assurantiel pour le risque maladie était estimée à 0,1% en 2006 ; il s'agissait d'assurances privées commerciales, de micro assurances, de mutuelles d'entreprises et de mutuelles de santé à base communautaire (ILO-Social Security Department, 2010). En 2008, le Service d'Appui aux Initiatives Locales de Développement (SAILD) a dénombré au Cameroun 107 mutuelles en majorité communautaires rurales contre 142 au Bénin en 2006 et 392 au Rwanda en 2006 couvrant 73% de population totale du pays (Health Systems 2020, 2010). L'évaluation en 2010 de la stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé constate une couverture de l'ordre de 1,5% à au lieu des 40% escomptés au lancement en 2005 (Minsanté, 2010).

En Afrique sub saharienne, la performance du Cameroun en matière de couverture du risque maladie est la plus faible : le Gabon et le Cap Vert couvrent plus de la moitié de leur population et des pays avec une dépense totale de santé inférieure au Cameroun (Sénégal, Tanzanie, Côte d'Ivoire, RCA) ont des taux de couverture entre 50 et 145 fois plus élevés (tableau).

Tableau : Analyse comparée des dimensions de la couverture maladie en Afrique.

Pays	Couverture (%)	DTS par habitant (\$)	% DTS sous forme PDM
Cap Vert	65	278	18,4
Gabon	55	252	21,3
Kenya	25	105	41,4
Ghana	18,7	100	50
Tanzanie	14,5	45	34
Sénégal	11,7	72	61,9
RCA	6	55	61,4
Côte d'Ivoire	5	66	67,6
Cameroun	0,1	80	68,2

Source: (ILO-Social Security Department, 2010). DTS= Dépense Totale de Santé, PDM= Paiement Direct Monétaire

La couverture du risque maladie par les assurances commerciales est le fait de certaines entreprises et administrations à travers les mutuelles du personnel et représentait 24,1% du chiffre total d'affaires des compagnies d'assurance en 2010 après la branche automobile (36,2%) (ASAC, 2010).

Conséquences du problème

Le Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi (DSCE) et la Stratégie Sectorielle de la Santé (SSS) constatent la sous utilisation des services de santé et l'expansion du recours aux soins dans le secteur informel qui collecte désormais environ 30% des dépenses de santé des ménages (plus de 150 milliards annuels).

La dépense de santé par habitant au Cameroun était estimée à 80\$ en 2008, inférieure à celle des pays tels le Ghana (100\$) ou le Gabon (252\$) mais supérieure à celle du Sénégal, la Zambie, la Tanzanie ou l'Ouganda.

L'achat des soins de santé est assuré par les contributions directes des ménages aux prestataires de soins lorsque survient la maladie. En 2009, ces contributions au point de délivrance représentaient 94,6% de la dépense totale de santé des ménages estimée à environ 556 milliards. En comparaison, l'Etat a dépensé 86,7 milliards et les partenaires extérieurs 37,4 milliards (INS, 2010). Les efforts du gouvernement et des partenaires pour soutenir les ménages sont déployés dans : (i) la subvention et l'harmonisation des prix des médicaments génériques sur l'ensemble du territoire national ; (ii) la prise en charge des indigents dans certaines formations sanitaires ; (iii) la gratuité des antituberculeux et antirétroviraux ; (iv) la gratuité des tests de dépistage du VIH pour les femmes enceintes, les prisonnier et les étudiants ; (v) la subvention lourde du prix de l'insuline pour les diabétiques, de la dialyse chez les insuffisants rénaux, des antipaludéens et de certains anticancéreux ; (vi) la gratuité des services de prévention tels que la vaccination, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, la prévention du paludisme et de la malnutrition (Minsanté, 2009). La majorité de ces services est sous utilisée en raison des barrières financières à l'accès dans les formations sanitaires puisque le taux de pauvreté monétaire est de 39,9% en moyenne nationale dont 55% en milieu rural et 12% en milieu urbain (INS, 2007).

Une revue systématique (McIntyre et al., 2006) et des études de cas dans divers contextes confirment les effets pervers des paiements directs sur l'accès aux services de santé, l'état de santé des populations, le niveau de vie et la cohésion sociale notamment : (i) les dépenses catastrophiques et l'appauvrissement des populations

(Lagarde & Palmer, 2006 ; Leive & Xu, 2008 ; OMS, 2004 ; Carrin et al., 2008), (ii) les inégalités d'accès aux soins en raison des barrières financières (Garrett, 2005 ; Obaid, 2009 ; Carrin et al., 2008 ; INS, 2010) et (iii) le développement d'un marché informel des services de santé et de la corruption (Minepat, 2010 ; Minsanté, 2009 ; CONAC, 2011).

Le revenu minimum journalier estimé pour vivre décemment est estimé à 750 FCFA par le PNUD et la dépense moyenne pour une consultation médicale en milieu urbain est de 1849 FCFA et 850 FCFA en zone rurale (INS, 2010). La prise en compte des dépenses pour médicaments et consommables médicaux, examens de laboratoire ou d'imagerie et transport accroît rapidement la dépense qui devient insupportable pour de nombreux patients. La dépense annuelle moyenne de santé par ménage était estimée entre 48 000 et 148 000 FCFA dont 81% pour l'achat des médicaments et des examens biomédicaux. Les paiements directs constituent ainsi une barrière à l'accès aux soins pour de nombreux ménages aggravant de fait les inégalités entre riches et pauvres, entre urbains et ruraux, entre régions septentrionales et méridionales en cohérence avec le gradient de la pauvreté monétaire. Ces gradients se traduisent dans le profil des indicateurs de santé populationnelle et l'explosion de l'offre informelle de services et soins de santé. Le recours aux structures informelles est en constante hausse 24,5% en 2001 et 29,7% en 2007 (Minepat, 2010). La multiplication des groupes d'initiative commune (GIC) et autres organismes non gouvernementaux (ONG) de santé ouverts sans autorisation des autorités sanitaires et des vendeurs ambulants de médicaments fournissent ainsi 18,4% des consultations. Les ménages confrontés aux dépenses de santé, optent pour le recours aux structures de soins de proximité qu'ils considèrent à tort moins onéreuses mais qui leur permettent un paiement aménagé ; ce recours est surtout le fait des ménages les plus pauvres.

L'EDS-MICS4 illustre certains des effets sur le recours aux soins : 30% des enfants avec une infection respiratoire aiguë lors des deux semaines précédant l'enquête ont consulté un professionnel de santé, les enfants en milieu urbain ont été plus souvent traités que ceux en milieu rural (36 % contre 26 %) ; 27% des enfants avec une fièvre ont consulté un professionnel de santé 22% en milieu rural, 15% dans le Nord, 13% dans l'Extrême-Nord ; 23% des enfants avec une diarrhée ont eu recours à un personnel de santé 29% en ville contre 19% en milieu rural. Lorsque l'on sait que ces trois situations constituent les principales causes de la morbidité des enfants de moins de 5 ans au Cameroun, l'on comprend aisément pourquoi les figures de la mortalité infantile 62 %, de la mortalité juvénile 63% et de mortalité infanto-

juvénile à 122 % ne changent pas malgré la modicité du prix des médicaments pour traiter ces trois maladies dans les formations sanitaires publiques (INS, 2011).

L'interaction directe entre le soignant et l'utilisateur par l'intermédiation du cash constitue le terreau des pratiques de corruption dans les formations sanitaires et des nombreux charlatans (CONAC, 2011). La stratégie sectorielle de la santé révisée constate que : « malgré les efforts de sensibilisation en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de comportement des personnels de santé (mauvais accueil, double paiement, corruption, détournement des malades, vente parallèles de médicaments, pratiques illégales de la médecine...etc) » (Minsanté, 2009).

La rubrique « faits divers » des médias nationaux est régulièrement alimentée par la séquestration de patients y compris de mamans avec leurs bébés pour incapacité à payer la facture des soins : (i) Quotidien « Le Jour » du 24 Avril 2011 rapporte le cas de Mlle July N.K. séquestrée à l'Hôpital Général de Yaoundé pour une facture impayée de 500 000 FCFA après un accouchement de triplés par césarienne ; (ii) Mutations du 21 Février 2005 titrant « Insolite : une prison à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé » rapporte l'existence au sein de cette structure hospitalière d'une « cellule » où sont retenues tous les patients insolubles, cette mesure a été prise « pour pouvoir récupérer au moins 50% des sommes dues » ; (iii) Quotidien « Le Jour » du 18 Janvier 2012 rapporte le constat par le Directeur de l'Hôpital Laquintinie de Douala lors d'une concertation à la Communauté Urbaine de Douala entre magistrats municipaux, médecins et autres partenaires que 50% des prises en charge des accidentés par les motos à Douala (2311 cas en 2011) sont insolubles et occasionnent une perte de 20 millions de FCFA en 2011.

L'exclusion des pauvres des services de santé contribue à l'instabilité socio-économique et les paiements directs minent les efforts de développement économique car les familles sont contraintes de thésauriser ou de choisir entre la scolarité des enfants, l'alimentation et les soins de santé (Garrett et al., 2009).

Facteurs sous jacents à la faible adhésion aux assurances existantes

Les nombreux cadres conceptuels d'analyse politique pour la mise en place d'une assurance maladie permettent l'identification de plusieurs barrières et facilitateurs dans les pays africains (Dror & Jacquier, 1999 ; Carrin & James, 2004 ; McIntyre, Gilson, & Mutyambizi, 2005 ; Letourmy, 2006 ; Preker & Velenyi, 2006 ; Basaza,

Criel, & Van der Stuyft, 2007 ; McIntyre, 2007). Ainsi, la faible adhésion aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun tient entre autres à ce que :

- i. Le risque maladie est ignoré dans le portefeuille de sécurité sociale de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale-CNPS ne gérant que la vieillesse, les retraites, les allocations familiales, les accidents et maladies professionnels, les employés de la CNPS disposent d'une mutuelle santé (Ntsama, 2001);
- ii. La pauvreté rampante et l'importance du secteur informel, entre 2005 et 2010 l'emploi dans le secteur informel est passé de 90,4% à 80,6% dans l'économie nationale (Minepat, 2010); ces variables ont régulièrement servi d'arguments pour rejeter la viabilité d'un système d'assurance maladie se fondant sur l'irrégularité et la non prédictibilité des revenus et le préjugé d'incapacité des assurés à honorer les primes d'adhésion et les cotisations annuelles sur la base des revenus (Abt Associates Inc., 1998 ; PHR Plus, 2002);
- iii. Les montants des primes des assurances commerciales sont inaccessibles pour la majorité des employés et largement au dessus de la dépense de santé moyenne des ménages (INS, 2007);
- iv. L'assurance est méconnue et les populations ne perçoivent pas la pertinence de payer pour la protection contre le risque maladie au regard des nombreuses aubaines nées des actions sanitaires publiques ou privées à caractère « caritatif » (Schneider, 2004);
- v. Les croyances et normes sociales influencent lourdement la perception des gains potentiels de l'adhésion à un mécanisme d'assurance maladie, certains individus pauvres estiment que les pertes encourues en cas de maladie sont plus faibles que le coût de l'adhésion puisqu'ils peuvent aisément recourir au tradipraticien, à l'automédication auprès des vendeurs ambulants de médicaments dont le coût est jugé plus abordable ; plusieurs études sur les mutuelles de santé constatent une désaffection des mutuelles communautaires malgré des primes mensuelles individuelles fixées entre 100 et 600 FCFA. (Schneider, 2004 ; Waelkens & Criel, 2004). De fait, l'assurance maladie est actuellement perçue comme un service réservé à une élite.
- vi. La méfiance vis-à-vis des institutions publiques et des formations sanitaires influence également fortement la décision d'adhésion aux mutuelles communautaires de santé, des études de cas relèvent que la confiance de la population à l'endroit des promoteurs est l'un des principaux facteurs explicatifs de la faible adhésion (Abt Associates Inc., 1998 ; Waelkens & Criel,

2004 ; Dror & Jacquier, 1999 ; Basaza, Criel, & Van der Stuyft, 2007 ; Carrin, Waelkens, & Criel, 2005). Cette méfiance s'enracine dans l'incapacité perçue à atteindre les objectifs clamés, l'opacité supposée des mécanismes de gestion et les doutes sur la compétence et de l'intégrité des gestionnaires. De fait, nombre d'initiatives ont été victimes des actes de corruption et violation des droits des adhérents restés impunis alimentant ainsi un sentiment d'une situation de non droit. Au Cameroun par exemple, l'ONG FAMM lancée dans un ambitieux projet d'assurance maladie s'est avérée une opération d'escroquerie actuellement devant les tribunaux.

Conceptualisation du problème

Les données probantes issues de revues systématiques et d'études de cas confirment que le recours aux mécanismes d'assurance permet (i) la mobilisation de ressources additionnelles pour financer la santé (Palmer et al., 2004 ; Dussault et al., 2006), (ii) la protection de la population contre les dépenses de santé catastrophiques et l'appauvrissement en cas de maladie (Palmer et al., 2004 ; Ekman, 2004), et (iii) l'amélioration de l'accès aux soins et services des ménages assurés (Meng et al., 2011 ; Preker et al., 2002). D'autres auteurs constatent que les pays ayant atteint la couverture universelle i.e. l'accès de tous les citoyens aux soins de santé adéquats à un coût accessible, n'y sont parvenus qu'à travers des systèmes de prépaiement fondés sur la fiscalité ou un régime d'assurance maladie obligatoire (Kutzin, 2001 ; Garrett et al., 2009 ; Carrin et al., 2006).

Les paiements directs sont l'option la plus inefficace d'achat des soins et services de santé (OMS, 2010). Les conséquences humaines, sociales et économiques sont considérées comme inacceptables (Lagarde & Palmer, 2006 ; ILO-Social Security Department, 2010 ; Leive & Xu, 2008 ; McIntyre et al., 2006 ; Garrett et al., 2009). Les perspectives pour améliorer la protection contre le risque maladie comportent: (i) l'extension quantitative qui augmente le nombre des adhérents ; (ii) l'extension fonctionnelle qui étend les risques couverts ; (iii) l'extension politique relative aux dispositifs de prise en charge des groupes vulnérables ; (iv) l'extension institutionnelle qui améliore les capacités de gestion des mécanismes assurantiels (Kutzin, 2001 ; Letourmy, 2006).

Les buts ultimes d'un système de financement de la santé orienté vers la satisfaction des besoins des populations s'articulent autour de : (i) l'amélioration de l'accès aux soins en réduisant les inégalités populationnelles d'accès ; (ii) la fourniture d'une

protection financière contre les effets appauvrissant des dépenses de santé et ; (iii) la mobilisation appropriée des ressources financières. Les fonctions principales pour y parvenir sont : le recouvrement des recettes, la mutualisation des risques et le prépaiement. Les contributions anticipées peuvent émaner des salariés, des travailleurs indépendants, des entreprises et de l'État ; elles sont des primes collectées au niveau de la communauté, des coopératives, des entreprises privées ou publiques ou d'un prélèvement obligatoire universel ou limité à certaines catégories de la population. Ces contributions sont mises en commun pour permettre à ceux qui ont un besoin de soins d'en bénéficier en temps opportun. Le risque financier inhérent aux problèmes de santé de la population est ainsi partagé, la solidarité est effective entre les riches et les moins nantis renforçant le sentiment d'appartenance nationale et affranchissant les citoyens de la crainte de la maladie (Kutzin, 2001 ; McIntyre, 2007).

Des quatre dispositifs organisationnels de partage du risque santé : (i) un ministère de la santé ou une direction nationale des services de santé offrant des services gratuits, (ii) des organismes de sécurité sociale assurant le tiers payeur entre l'utilisateur et les prestataires, (iii) l'assurance maladie privée volontaire et (iv) l'assurance maladie à base communautaire, seuls les deux premiers ont démontré leur capacité à assurer l'accès universel aux soins de santé nécessaires sans exclusion pour des motifs financiers et la protection contre les dépenses catastrophiques de santé (Garrett et al., 2009). En raison de la pauvreté et de la mise en œuvre approximative des principes de l'Etat de droit qui génèrent des contraintes spécifiques de gestion dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (OXFAM, 2008 ; Palmer et al., 2004), des modèles institutionnels et organisationnels contextualisés sont recommandés pour tenir compte de la diversité des acteurs et des conditions socio-économiques.

Au Cameroun, la juxtaposition de plusieurs dispositifs sans cadre législatif clair sur la finalité de l'assurance maladie et l'asymétrie d'information ont conduit à un marché imparfait où les ressources privées et publiques sont gaspillées. L'investissement considérable n'entraîne pas d'amélioration des indicateurs de santé qui stagnent voire se dégradent. Le secteur informel engloutit d'énormes ressources (Minepat, 2010), les patients ignorants et apeurés par la mort sont objet d'escroqueries et de chantage de toutes sortes lorsqu'ils sollicitent des soins dans le secteur hospitalier, auprès des tradipraticiens ou dans le secteur informel (CONAC, 2011). L'assurance

maladie est de fait un service de luxe réservé à moins de 1% de la population vivante au Cameroun (Nkoa & Ongolo-Zogo, 2009).

Les Options

Avec comme principes directeurs l'accès équitable au paquet de soins essentiels, l'efficacité de la dépense de santé et la protection individuelle contre les dépenses catastrophiques de santé, nous avons revu les études de cas et les revues systématiques sur les stratégies ayant permis une augmentation de la couverture de l'assurance maladie autant dans les pays développés que les pays en développement. L'«émergence économique» et la «solidarité» de la Vision 2035 du Cameroun ont guidé la sélection d'options complémentaires visent à juguler certains facteurs sous jacents de la désaffection des populations vis-à-vis de l'assurance maladie.

Option 1 : Rendre obligatoire par la loi l'assurance maladie pour l'ensemble de la population

Cette option a le mérite de clarifier la perception nationale que le risque maladie contraint l'épanouissement individuel et la prospérité économique. Cette option renforce le socle de la solidarité nationale tout en permettant à l'Etat de disposer d'un nouvel outil pour garantir l'égalité du droit des citoyens à la santé inscrite dans la Constitution de 1996. En effet, le marché libre de l'assurance maladie volontaire actuel ne peut pas assurer l'équité et l'efficience de la dépense requises pour la prospérité économique (OXFAM, 2008 ; Preker et al., 2002). Historiquement, tous les pays parvenus à la couverture maladie universelle ont établi comme préalable l'obligation d'une assurance maladie avant de mettre en place les moyens pour protéger effectivement les populations contre le risque maladie et la majorité l'a fait au sortir de la deuxième guerre mondiale comme levier de mobilisation pour la reconstruction et la solidarité nationales.

La contrainte légale d'une assurance maladie pour couvrir les soins essentiels de santé constitue un point de départ pour améliorer l'efficience de la dépense nationale de santé. La sous-utilisation des formations sanitaires et des programmes prioritaires de santé pour des raisons financières sera améliorée de manière mécanique avec à terme une amélioration de l'état de santé de la population notamment des femmes et des enfants. Les usagers pourront être protégés contre les abus inhérents à l'asymétrie d'information et la perversité démontrée de la relation commerciale en matière de santé individuelle.

L'expansion du secteur informel peut être ralentie et une amélioration de la qualité des soins est raisonnablement possible puisque le tiers payeur pourra exiger une homologation et une accréditation des formations sanitaires et des soignants offrant le paquet de soins et services essentiels selon des standards définis et publiés de qualité.

Une composante essentielle du gaspillage actuel pourra être rationalisée ; en effet, 75% des dépenses de santé sont liées aux dépenses pour examens de laboratoire et d'imagerie médicale et l'achat des médicaments de marque dont les prix ne sont soumis à aucun contrôle. De plus, la rationalisation des dépenses de santé est porteuse d'amélioration dans les autres secteurs sociaux notamment de réduction de la pauvreté (Garrett et al., 2009).

L'ensemble des pays de l'OCDE ont exclu les soins essentiels de santé du secteur marchand des biens et services selon divers modèles allant de la sécurité sociale au Canada et en France à un modèle assurantiel privé fortement régulé aux USA en passant par des services nationaux de santé gratuits comme au Royaume-Uni. Tous ont réduit au strict minimum le paiement direct au moment de la délivrance des soins car ce mécanisme est le moins efficace économiquement (Dussault et al., 2006 ; Garrett et al., 2009). Des études de cas indiquent que tous les pays développés ou en développement ayant atteint une couverture sanitaire universelle y sont parvenus en instaurant une assurance maladie obligatoire (ILO-Social Security Department, 2010 ; Carrin & James, 2004). Il en est ainsi des pays émergents la Corée, la Chine, l'Indonésie, les Philippines et la Thaïlande en Asie ; la Colombie, le Costa Rica et l'Equateur en Amérique Latine ; le Kenya, le Ghana, le Rwanda et la Tunisie en Afrique. Au Costa Rica, une loi de 1961 a rendu obligatoire l'adhésion à la Caja Costarricense de Seguro Social (Morgan, 1987), cette loi a déclenché le processus d'adhésion progressive des populations (18% en 1961, 45% en 1971, 75% en 1981 et 100% depuis 2004 (Carrin & James, 2004). Le Ghana a légalement rendu obligatoire une assurance maladie en 2003 après avoir expérimenté les mutuelles de santé au niveau des districts (PHR Plus, 2002 ; McIntyre et al., 2005), les citoyens ghanéens doivent s'affilier au choix auprès de la mutuelle de santé de leur district de santé, d'une mutuelle privée ou d'une assurance commerciale. L'Etat a instauré une taxe de 2,5% sur les biens de consommation courante, les prélèvements effectués sur les salaires des employés du secteur formel, l'aide publique au développement et les autres ressources de l'Etat sont redistribués prioritairement aux mutuelles de santé de district par le Social Security and National Insurance Trust. Au Rwanda, les

mutuelles de santé ont servi de base pour l'instauration d'une assurance maladie universelle dont la couverture a atteint plus de 90% en une décennie (Health Systems 2020, 2010 ; The Rockefeller Foundation, 2010 ; Garrett et al., 2009).

Alternative 1a : créer une caisse nationale d'assurance maladie universelle avec des agences départementales pour couvrir un régime général universel sans distinction socio professionnelle et garantissant l'accès à un paquet de soins et services essentiels et restreindre les assurances actuelles à une offre complémentaire du régime général pour les services et soins non essentiels. Cette alternative a le mérite de la nouveauté et de la possibilité de tirer les leçons des autres expériences pour sa conception dans un cadre collaboratif. Les principales composantes à considérer incluent la sécurisation du système d'identification et d'inscription, la sécurisation des mécanismes de collecte et de gestion des ressources, la définition du paquet des soins et services essentiels, la définition des modalités d'achat et de rémunération des prestations hospitalières et ambulatoires, le contrôle des dépenses notamment pour les médicaments et la technologie sanitaire, la gestion de la carte sanitaire pour assurer la couverture géographique optimale, la gestion de la qualité des soins, la lutte contre la corruption et les abus, l'amélioration des capacités de gestion administrative et financière à la fois au niveau du tiers payeur et des formations sanitaires (Carrin et al., 2008 ; Preker & Velenyi, 2006 ; WHO, 2010). Une revue systématique confirme la relation causale directe entre l'assurance maladie et l'amélioration de l'utilisation des services de santé et de l'état de santé. De manière spécifique, l'assurance maladie a un effet bénéfique sur le recours aux médecins, aux services de prévention et sur la mortalité liée aux accidents et aux maladies (Freeman et al., 2008)

Alternative 1b : laisser jouer les acteurs actuels et réguler le secteur des assurances pour garantir la solvabilité des compagnies et protéger les particuliers contre les abus. Cette alternative est alignée aux mesures gouvernementales encourageant les initiatives privée, communautaire et corporatiste. Son handicap est inhérent au passif de ces assurances dont les populations se méfient mais les exemples Ghanéens et Rwandais montrent qu'elle est viable à condition que l'Etat intervienne vigoureusement pour soutenir et encadrer par une régulation stricte la création et l'opération des mutuelles et des assurances privées. En l'état actuel, il faudrait des mesures de fusion des petites mutuelles sous forme de fédération pour des économies d'échelle dans la gestion des coûts fixes ainsi qu'une révision du cadre collaboratif entre les assurances commerciales et les mutuelles communautaires et

corporatistes. Peu d'exemples historiques de succès existent, l'exemple américain illustre que les pauvres restent en marge du système parce que non rentables pour l'industrie privée de l'assurance.

Option 2 : instaurer une contribution fiscale nationale indépendante des salaires pour financer l'assurance maladie universelle

Il s'agit d'une contribution progressive adossée à la consommation à l'instar de la taxe sur la valeur ajoutée déjà existante et/ou d'une taxe additionnelle spécifique sur la consommation des biens et services avec des externalités négatives sur la santé (alcool, tabac, motos, autos, carburant, péage routier) et d'une contribution prélevée sur les bénéfices de certaines entreprises (exploitation forestière et minière, bâtiments et travaux publics, téléphonie mobile). Cette option est justifiée par la forte proportion de l'emploi dans le secteur informel estimée supérieure à 80% (Minepat, 2010).

Les recettes collectées et reversées à la caisse nationale d'assurance maladie universelle seraient redistribuées par capitation aux agences départementales, véritables unités opérationnelles gérant à la fois les assurés et les prestataires. L'achat des soins basé sur la performance est réputé mieux contenir la dépense de santé que la rémunération à l'acte.

Au Ghana, la National Health Insurance Fund perçoit une taxe de 2,5% adossée à la consommation des biens et services et un prélèvement de 2,5% sur le salaire des employés du secteur formel et reçoit une allocation budgétaire du gouvernement à partir des recettes fiscales générales et de l'aide des bailleurs de fonds. Le NHIF alloue à chaque mutuelle de santé de district des ressources collectées selon sa population (The Rockefeller Foundation, 2010).

Une revue systématique (Meng et al., 2011) et l'étude de cas du Rwanda (Garrett et al., 2009) confirment des stratégies efficaces pour accroître la couverture des ménages pauvres notamment : (i) l'aménagement des conditions d'adhésion en alignant la période de collecte des primes selon la saisonnalité des revenus agricoles en zones rurales ; (ii) la subvention des primes d'adhésion pour les indigents, au Rwanda par exemple, les populations rurales et pauvres ont vu leurs frais d'adhésion et leurs primes annuelles subventionnées par le biais du budget de l'Etat et de l'aide publique internationale au développement (Health Systems 2020, 2010 ; Garrett et al., 2009).

Option 3 : améliorer la connaissance des avantages de l'assurance maladie auprès des populations et faciliter leur adhésion

Cette option vise à étendre la couverture des assurances actuelles dans le cadre de la stratégie gouvernementale de promotion des mutuelles de santé (Minsanté, 2010). Elle peut être mise en œuvre dans le contexte actuel indépendamment des options 1 et 2. En effet, les campagnes de sensibilisation et des caravanes mobiles pour encourager l'adhésion et la simplification des procédures d'adhésion sont des stratégies qui ont démontré leur efficacité (Meng, et al., 2011 ; Nkoa & Ongolo-Zogo, 2009). Le recours aux médias est également confirmé efficace pour accroître l'utilisation des services sociaux (Grilli & Minozzi, 2009).

Considérations de mise en œuvre

Acceptabilité des options

L'option n°1 est alignée à la légitimité de l'autorité publique à prendre des actions pour corriger les défaillances du marché. Les acteurs actuels de la santé et des assurances pourraient s'y opposer puisqu'elle signifie une restriction au libre marché et un signal d'arrêt pour les activités de santé dans le secteur informel propice aux abus et escroqueries.

L'option n°2 est fiscalement viable puisque la nouvelle taxe ne grèvera pas outre mesure le budget des ménages car cette option serait une mesure permettant de rationaliser les 556 milliards que les ménages dépensent annuellement pour leur santé. Sa progressivité a été éprouvée dans plusieurs pays.

L'option n°3 en continuité avec la politique gouvernementale actuelle ne présente pas de risque particulier, il s'agit d'une stratégie validée de promotion de la santé.

Barrières

Les options 1 et 2 sont des réformes sociales majeures qui sont potentiellement sujettes à la résistance au changement et la peur de la nouveauté. La méconnaissance des assurances et de leurs avantages et la méfiance vis-à-vis des institutions sont réelles (Carrin et al., 2008). Les faiblesses du système national d'identification et d'enregistrement de l'état civil, l'absence de compétences et d'une infrastructure administrative et managériale pour l'ensemble des opérations : affiliation des assurés,

accréditation et homologation des prestataires, recouvrement des recettes, redistribution aux agences départementales, facturation par les prestataires, rémunération des prestataires sont autant d'écueils à considérer.

L'aléa moral constitue un risque inhérent à tout système d'assurance maladie. Les risques de surfacturation et d'explosion de la dépense notamment en raison de la technologie sanitaire sont conséquents. La mise en place d'un mécanisme de soutien par la taxe sur la consommation permettra de contrecarrer les risques de sélection adverse.

L'impréparation du secteur public de la santé à la séparation des rôles et responsabilités de régulation, inspection et de prestation ainsi que l'absence d'un code de normes et procédures pour les actes médicaux et médicosanitaires ; l'absence d'un système de facturation des actes médicaux et médicosanitaires à jour et l'absence d'une infrastructure d'homologation et d'accréditation des formations sanitaires et des soignants ; l'absence d'un cadre d'homologation des prix des actes et des médicaments sont autant d'obstacles aux options 1 et 2 (Preker & Velenyi, 2006). Les croyances locales privilégiant le recours à la médecine traditionnelle, l'ignorance et la corruption constitue des obstacles à considérer sérieusement lors de la mise d'une assurance maladie (Minsanté, 2010).

Coûts

Les options 1 et 2 comportent des coûts fixes pour leur mise en œuvre qu'il est difficile d'estimer à priori. Au Ghana, les frais d'introduction de la réforme ont été estimés autour de 6,6% de la dépense annuelle de santé entre 2003 et 2009 (The Rockefeller Foundation, 2010).

Stratégies

L'opérationnalisation des options 1 et 2 implique une réforme administrative clarifiant les fonctions de prestations des soins de celles d'inspection et de régulation du niveau central et des structures déconcentrées du Ministère de la Santé Publique. Il s'agira de créer un cadre règlementaire relatif à : (i) l'homologation et l'accréditation des formations sanitaires, des soignants et des technologies sanitaires ; (ii) la définition objective et pertinente des soins, services et médicaments essentiels et des modalités de leur remboursement ; (iii) la définition des normes et procédures de pratiques ; (iv) l'inspection du respect des normes de qualité de pratique et des prix des médicaments et actes médicaux ; (v) la formation et l'exercice

des professions de la santé afin de contenir les dépenses de santé (Preker & Velenyi, 2006).

Assurer la réussite de cette réforme structurelle considérable exige une sensibilisation patiente des acteurs, une collaboration multisectorielle gouvernementale et une approche partenariale public-privé en raison de la diversité des acteurs et des enjeux.

La décentralisation départementale de la gestion des opérations comporte l'avantage de s'articuler autour de l'unité territoriale optimale de la déconcentration administrative dont la cohérence politique garantit la représentativité socio culturelle et l'instance de coordination du développement socio économique la plus élaborée dans le système actuel (Garrett et al., 2009 ; Health Systems 2020, 2010).

La formation des cadres à la gestion des organismes d'assurance maladie est un impératif afin d'assurer la fluidité dans le système. Un processus participatif de réforme administrative et fiscale est nécessaire pour apporter les mesures correctives aux procédures actuelles notamment d'allocation des ressources dans les secteurs sociaux (santé, affaires sociales, promotion de la femme, travail et sécurité sociale). Les secteurs économiques et éducatifs devraient s'ajuster en conséquence notamment le contrôle des prix, la collecte et la gestion des taxes, les assurances, les banques, la micro-finance, la formation des professionnels de santé, l'inspection des services, la gestion qualité, les systèmes d'information. Le secteur de la santé devra clairement distinguer les prestations, la régulation (accréditation, homologation des médicaments et prix, définition des normes) et l'inspection-vérification du respect des normes et procédures (Carrin, Mathauer, & Evans, 2008).

Bibliographie

Abt Associates Inc. (1998). *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery and access to health care: synthesis of research in nine west and central African countries*. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.

ASAC. (2010). *Rapport d'activités 2010*. Douala: Association Camerounaise des Assurances.

Banque Mondiale. (2006). *Analyse de la situation du secteur de la santé au Cameroun*. Washington: World Bank.

Basaza, R., Criel, B., & Van der Stuyft, P. (2007). Low enrolment in Ugandan Community Health Insurance Schemes: underlying causes and policy implications. *BMC Health Services Research* 7:105

Carrin, G., & James, C. (2004). *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*. Geneva: World Health Organization.

Carrin, G., James, C., & Evans, D. (2006). Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique Francophone: améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.

Carrin, G., Mathauer, I., & Evans, D. (2008). Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bull World Health Organ*, 86, 857-863.

Carrin, G., Waelkens, M., & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10 (8), 799. 811.

CONAC. (2011). *Rapport sur la corruption au Cameroun*. Yaoundé: Commission Nationale Anticorruption.

Dror, D., & Jacquier, C. (1999). *Micro-insurance: Extending Health Insurance to the Excluded*. Geneva: International Labour Organization.

Dussault, G., Fournier, P., & Letourmy, A. (2006). Introduction. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.

Ekman, B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: A systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19: 249-270.

Freeman JD, Kadiyala S, Bell JF, Martin DP. (2008) The causal effect of health insurance on utilization and outcomes in adults: A systematic review of US studies. *Medical Care*, 46:1023-32.

Garrett, L. (2005). *HIV and National Security: where are the links?* New York: Council on Foreign Relations.

Garrett, L., Mushtaque, A., Chowdhury, R., & Pablos-Mendez, A. (2009). All for Universal Health Coverage. *Lancet*, 374 (9697), 1294-99.

Grilli, R., & Minozzi, S. (2009). Mass media interventions: effects on health services utilization. *The Cochrane Library*, Issue 1.

Health Systems 2020. (2010). *Mutualité, Passage à l'échelle et extension de l'assurance maladie*. Washington: USAID.

ILO - Social Security Department. (2008). *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva: ILO.

- ILO-Social Security Department. (2010). *World social security report 2010/11: Providing coverage in time of crisis and beyond*. Geneva: International Labour Office.
- INS. (2011). *4ème Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS 4*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- INS. (2007). *Rapport ECAM 3*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- INS. (2010). *Rapport Principal Volet Santé: Enquête PETS 2*. Yaoundé: Institut National de la Statistique.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56, 171-204.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Leive, A., & Xu, K. (2008). Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 849-856.
- Letourmy, A. (2006). Assurance maladie : un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.
- McIntyre, D. (2007). *Enseignements tirés de l'expérience: le financement des soins de santé dans les pays à faibles et moyens revenus*. Genève: Global Forum for Health Research.
- McIntyre, D., Gilson, L., & Mutyambizi, V. (2005). *Promoting equitable health care financing in the African context: current challenges and future prospects*. Harare: Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET).
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in LMIC contexts? *Social Science and Medicine*, 62, 858-865.
- Meng, Q., Yuan, B., Jia, L., Wang, J., Yu, B., Gao, J., et al. (2011). Expanding Health Insurance Coverage in Vulnerable Groups: a systematic review of options. *Health Policy and Planning*, 26 (2), 93-104.
- Minepat. (2010). *Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi*. Yaoundé: Minepat.
- Minsanté. (2010). *Evaluation de la stratégie nationale de promotion des mutuelles de santé*. Yaoundé: Minsanté.
- Minsanté. (2009). *Stratégie Sectorielle de la Santé actualisée 2001-2015*. Yaoundé: Minsanté.
- Morgan, L. (1987). Health without wealth? Costa Rica's health system under economic crisis. *Journal of Public Health Policy*, 8, 86-105.
- Nkoa, F., & Ongolo-Zogo, P. (2009). *Accélérer l'adhésion aux mutuelles de santé au Cameroun*. Yaoundé: Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé - CDBPSH.
- Ntsama, E. (2001). *La sécurité sociale au Cameroun*. Yaoundé.
- Obaid, T. (2009). *The global economic crisis and health: why investing in women is a smart choice*. New York: UNFPA.

- OMS. (2004). *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS. (2009). *Comptes Nationaux de Santé*. Genève: OMS.
- OMS. (2010). *Comptes Nationaux de Santé*. Genève: OMS.
- OXFAM. (2008). *Health insurance in low-income countries: where is the evidence that it works?* OXFAM.
- Palmer, N., Mueller, D., Gilson, L., & Haines, A. (2004). Health financing to promote access in low income settings . How much do we know? *Lancet* , 364, 1365-70.
- PHR Plus. (2002). *A survey of mutual health organizations in Ghana*. Bethesda, MD: PHR Plus.
- Preker, A. S., & Velenyi, E. (2006). Expansion des programmes gouvernementaux d'assurance maladie obligatoire en Afrique de l'ouest : possibilités et contraintes. Dans G. Dussault, P. Fournier, & A. Letourmy, *L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: Série Santé Nutrition Population, Banque Mondiale.
- Preker, A., Carrin, G., Dror, D., Jakab, M., Hsiao, W., & Arhin-Tenkorang, D. (2002). Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization* , 80 (2).
- Schneider, P. (2004). Why should the poor insure? Theories of decision making in the context of health insurance. *Health Policy and Planning* , 19 (6), 349-355.
- The Rockefeller Foundation. (2010). *Case studies : Health Insurance Reform in Ghana 2004-2009 and Health systems reform in Rwanda 199-2005*. New York: Rockefeller Foundation.
- Waelkens, M. P., & Criel, B. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche* . Washington: Health Nutrition Population World Bank.
- WHO. (2010). *Health System Financing: the path toward universal coverage*. Geneva: World Health Organization.