Volume 25 Issue 29
Originally issued as E3

Global Journal of Human-Social Science: E Economics
Volume 25 Issue 3 Version 1.0 Year 2025
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal
Publisher: Global Journals
Online ISSN: 2249-460X & Print ISSN: 0975-587X

Do Remittances From International Migrants Improve Access to Healthcare for Households in Cameroon?

By Duclo Bouwawe, Jacques Tchakouadeu Tsatchoua & Georges Dieudonné Mbondo

Université de Douala

Abstract- The purpose of this article is to highlight the role played by remittances from international migrants in access to healthcare for Cameroonian households. It uses the instrumental variables approach to address the endogeneity problem associated with the migrant remittances variable. Using data from the fourth Cameroonian household survey (ECAM 4), the results obtained with the instrumental variables method (IV-2SLS) converge with those obtained using the generalised method of moments (GMM) and highlight the dual role played by remittances in access to healthcare. On the one hand, they show that households receiving these transfers change their choice of healthcare facilities in favour of private healthcare units. On the other hand, these results more generally show that remittances enable households to meet their basic needs and thus change their position according to Engel's law (1857). Thus, public authorities should improve the incentive framework for these transfers, not only to combat monetary poverty but also to improve life expectancy and reduce mortality rates.

Keywords: *remittances, access to care, health.*

GJHSS-E Classification: *LCC Code: HG3891*



Strictly as per the compliance and regulations of:

© 2025. Duclo Bouwawe, Jacques Tchakouadeu Tsatchoua & Georges Dieudonné Mbondo. This research/review article is distributed under the terms of the Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0). You must give appropriate credit to authors and reference this article if parts of the article are reproduced in any manner. Applicable licensing terms are at https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/.

Do Remittances from International Migrants Improve Access to Healthcare for Households in Cameroon?

Les Transferts de Fonds des Migrants Internationaux Améliorent-Ils L'accès Aux Soins de Santé de Ménages au Cameroun?

Duclo Bouwawe [α], Jacques Tchakouadeu Tsatchoua [σ] & Georges Dieudonné Mbondo [ρ]

Résumé- Le présent article a pour objectif de mettre en évidence le rôle joué par les transferts de fonds des migrants internationaux dans l'accès aux soins des ménages camerounais. Il mobilise l'approche des variables instrumentales pour traiter le problème d'endogénéité lié à la variable transferts de fonds des migrants. En utilisant les données de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 4), les résultats obtenus avec la méthode des doubles moindres carrés (IV- 2SLS) convergent avec ceux atteints par la méthode des moments généralisés (GMM) et mettent en évidence le double rôle joué par les tranaferts de fonds dans l'accès aux soins de santé. D'une part, ils montrent que les ménages bénéficiaires de ces transferts modifient leur choix des établissements sanitaires au profit des unités de soins privées. D'autre part, ces résultats font valoir plus généralement que, les transferts de fonds permettent aux ménages de satisfaire leur besoin de prémière nécéssité et donc, de modifier leur position selon la loi d'Engel (1857). Ainsi, la puissance publique devrait-elle améliorer le cadre incitatif de ces tranferts, non seulement pour lutter contre la pauvreté monétaire mais aussi améliorer l'espérance de vie et de réduire le taux de mortalité.

Motsclés: transferts de fonds, accès aux soins, santé.

Abstract- The purpose of this article is to highlight the role played by remittances from international migrants in access to healthcare for Cameroonian households. It uses the instrumental variables approach to address the endogeneity problem associated with the migrant remittances variable. Using data from the fourth Cameroonian household survey (ECAM 4), the results obtained with the instrumental variables method (IV-2SLS) converge with those obtained using the generalised method of moments (GMM) and highlight the dual role played by remittances in access to healthcare. On the one hand, they show that households receiving these transfers change their choice of healthcare facilities in favour of private healthcare units. On the other hand, these results more generally show that remittances enable households to meet their basic needs and thus change their position according to Engel's law (1857). Thus, public authorities should improve the incentive framework for these transfers, not only to combat monetary poverty but also to improve life expectancy and reduce mortality rates.

Keywords: remittances, access to care, health.

Introduction

Faciliter l'accès aux soins de santé reste un défi majeur pour les pays en développement. En effet, malgré quelques efforts consentis ces dernières décennies, le problème d'accessibilité aux soins de santé est loin d'être résolu. Selon l'OMS (2019), la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé essentiel. Selon la même source, des millions de femmes accouchent sans l'aide d'une personne qualifiée et des millions de personnes souffrent et meurent sans recevoir de traitement dans les centres de santé. Outre le problème épineux de la prestation de soins de qualité s'ajoutent des difficultés liées au financement des systèmes de santé (Ridde et al., 2011; Ridde, 2012). Tout ceci ayant un impact désastreux sur la population notamment les plus pauvres qui n'arrivent pas à bénéficier de soins de qualité.

Au Cameroun, l'accès dans les établissements sanitaires est soumis à des contraintes majeures qui influent négativement la santé des ménages. En effet, les coûts relatifs aux soins de santé sont souvent difficiles à assumer en ce qui concerne non seulement les consultations, la mobilité et l'hospitalisation mais aussi l'accès aux médicaments. Ce qui fait que certaines de ces ménages optent pour les plantes médicinales et le recours au pratique d'automédication[1] (OMS, 2020). Aussi, les travaux de Nkoma (2015) constatent que 80% de la population camerounaise

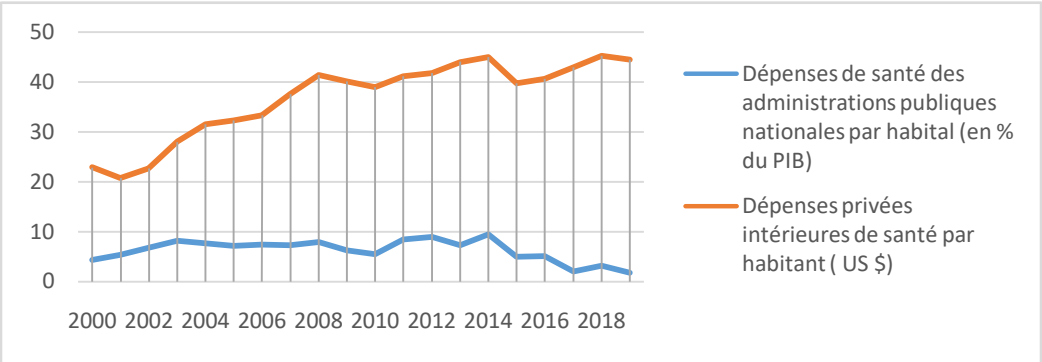
Author α: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion Appliquée (FSEGA), Groupe de Recherche en Economie Théorique et Appliquée (GRETA), Université de Douala. e-mail: duclo.bouwawe@gmail.com
Co-Authors σ ρ: Faculté des Sciences Economiques et de Gestion Appliquée (FSEGA), Groupe de Recherche en Economie Théorique et Appliquée (GRETA), Université de Douala.
e-mails: jacquestchakouadeu@gmail.com, georgesd.mbondo@gmail.com

[1] L'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, des médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM (l'autorisation de mise sous le marché), avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens (Pouillard, 2001).

© 2025 Global Journals

revêt un profil de consommation pauvre. Cela entraîne une faible capacité de recours aux soins de qualité, laissant ainsi transparaître que la décision de consulter un médecin dès l'apparition de la maladie est largement tributaire des moyens financiers disponibles.

Pourtant, le Cameroun consacre paradoxalement une part importante de son budget aux dépenses en soins de santé. En principe, ces dépenses doivent être assumées à 51% en moyenne par les administrations publiques, à 35% par les individus sous forme de dépenses directes et par d'autres entités telles que les régimes d'assurance-maladie facultative, les régimes prévus par les employeurs et les organisations non gouvernementales et les partenaires (Mawuema et Okey, 2020). Or, ce sont les ménages camerounais eux-mêmes qui assument la plus grande partie de ce fardeau financier comme l'indique la figure 1.



Source: Auteurs à partir des données de la Banque mondiale (2021).

Figure 1: Evolution des dépenses de santé au Cameroun (2000-2019)

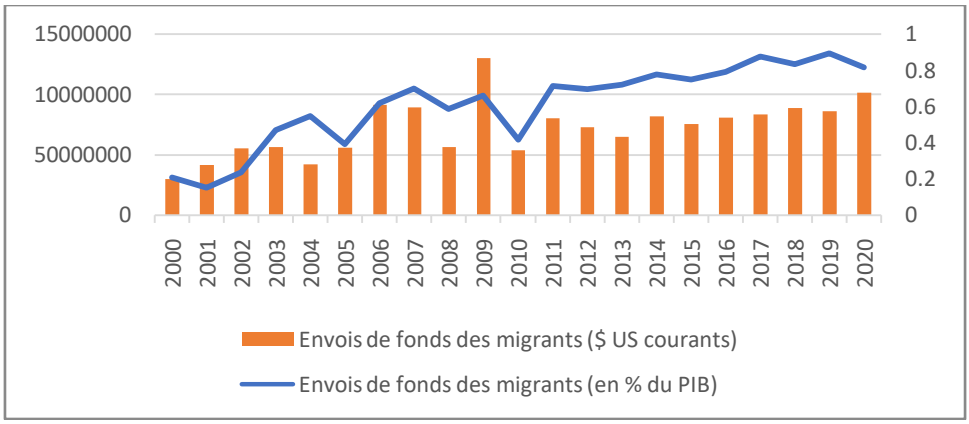
Par ailleurs, pour améliorer l'accès dans les établissements sanitaires, la littérature récente suggère la migration des membres de la famille et les envois de fonds des migrants comme facteurs importants affectant l'accès aux soins de santé (Cevallos et Chi, 2012 ; Ambrosiuse et Cuecuecha, 2013 ; Nabeel, 2021).

En 2019, la somme des envois de fonds des pays riches vers les pays à revenus faibles et intermédiaires a atteint 550 milliards de dollars. Ce chiffre pourrait faire du transfert d'argent l'une des principales sources de financement extérieur des pays en développement. La part orientée vers le continent africain est estimée à 48 milliards de dollars (Mawuema et Okey, 2020). L'étude des transferts des fonds des migrants est donc cruciale pour comprendre la situation sociale en Afrique subsaharienne (Cha'ngom et Tamokwe, 2018), et particulièrement au Cameroun, du fait de sa grande dépendance aux remises de fonds. En effet, au Cameroun, les transferts des fonds des migrants ont connu une progression considérable au cours des dernières décennies comme l'indique la figure 2.

D'après, le rapport[2] sur le panorama des transferts de fonds dans les pays de la commission économique des Etats de l'Afrique centrale (CEEAC), le Cameroun, avec 345 millions d'euros, soit 201 milliards de francs CFA, est le second pays de la CEEAC à avoir bénéficié des transferts de fonds des migrants africains derrière la République démocratique du Congo (RDC) en 2018. Selon le rapport de la Banque des Etats d'Afrique Centrale (BEAC, 2020), ces transferts sont passés de 40,5 milliards de F CFA en 2005 à 103,4 Milliards de F CFA en 2011 pour atteindre 184,5 Milliard de F CFA en 2018. Bien plus, comme l'indique la même figure, les envois de fonds vont graduellement croître et atteindre leur pic à 356 millions de dollars en 2019 (0,91 % du PIB) pour connaître ensuite, une baisse de l'ordre de 334 millions de dollars en 2020 (0,82% du PIB) certainement causée par la pandémie de la Covid-19.

[2] Rapport publié en 2018 par le secrétariat en charge du groupe des Etats d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) et la Commission Européenne.

© 2025 Global Journals



Source: Auteurs à partir des données de la Banque mondiale (2021).

Figure 2: Evolution des envois de fonds des migrants au Cameroun sur la période 2000-2020

A ce qui précède, les études sur le rôle des transferts de fonds de migrants se sont intéressées à la mesure du budget du ménage. Si ces mesures sont importantes, l'orientation des ménages dans les choix des structures sanitaires demeure un problème social important car, il permet de comprendre que les ménages récipiendaires de fonds de migrants changent de classe sociale. En conséquence, ces ménages s'orientent vers les structures sanitaires privées où la prise en charge parait beaucoup plus intéressante que les structures sanitaires publiques où cette même prise en charge reste problématique. L'étude de ces orientations a un effet sur les politiques publiques qui, désormais doivent considérer les effets des transferts de fonds des migrants sur la structure des inégalités en matière d'accès aux soins de santé.

L'objectif de ce papier est de mettre en évidence le rôle joué par les transferts de fonds des migrants internationaux dans l'accès aux soins des ménages camerounais. Cette étude présente un triple intérêt. Premièrement, elle permet de repositionner la santé au centre des politiques de développement. La santé étant la condition sinéqua none de l'individu à participer activement au marché du travail. Deuxièment, elle permet également de comprendre comment se fonde la décision pour un ménage de choisir une unité de soins par rapport à une autre en fonction des transferts de fonds. Troisièment, elle permet aux autorités publiques d'élaborer une politique active du financement en matière de santé.

La suite de l'article est organisée de la manière suivante. Dans la deuxième partie, nous exposons une revue de la littérature; dans la troisième, la méthodologie ; la quatrième partie présente les résultats et enfin, la dernière partie conclut.

I. Revue de la Littérature

De nombreux travaux ont étudié l'impact du phénomène de la migration – transferts de fonds sur la santé et particulièrement sur l'accès aux soins des ménages. Certains d'entre eux ont analysé l'impact de ce phénomène sur les déterminants de la demande de santé, et d'autres uniquement sur les dépenses en soins de santé (Rosenstock-Strecher, et Becker, 1988)[3]. Chaque chercheur se base sur des tests et des hypothèses spécifiques différentes, et sur un échantillon d'une région donnée qui se caractérise par la structure économique spécifique. Tous ces éléments peuvent expliquer les différences des résultats obtenus par ces nombreux travaux. Dans ce qui suit, nous proposons de rappeler une brève littérature tant théorique qu'empirique expliquant la relation transferts de fonds-accès aux soins de santé des ménages.

Du point de vue théorique, les unités sanitaires offrent un ensemble de prestations qui constituent un panier de biens pour lequel le consommateur tire une certaine utilité. Les soins de santé sont un bien qui inclue de plus en plus le goût (ou préférence) car, tout individu qui demande les soins de santé se comporte comme un consommateur pour n'importe quel autre bien. En conséquence, les choix des individus en matière de consommation dépendent de leur préférence qui sont par essence subjectifs, des contraintes financières auxquelles ils sont soumis. A cela, les recherches d'Andersen et Newman (1973) ont affirmé que l'accessibilité et la disponibilité des services de santé constituent un élément crucial, déterminant de l'utilisation des services de santé. Ainsi, la décision du ménage de choisir un prestataire de soins de santé ou d'utiliser les services de soins dépend non seulement de la qualité des services offerts mais aussi de la disponibilité physique du fournisseur de services dans sa région d'origine. Les travaux de Kim et al. (2012) ont montré l'importance de la qualité perçue par les individus sur l'utilisation des services de santé. Ainsi, avec une perception accrue des services de santé, la

[3] Ces auteurs ont proposé un modèle théorique pour tenter expliquer l'accès aux soins de santé en se concentrant sur l'attitude et les croyances de l'individu, et sur leur état de santé.

© 2025 Global Journals

probabilité d'utilisation de ces services augmente, et vice versa.

En outre, l'élément essentiel qui impacte fortement la décision du ménage à recourir aux unités de soins de santé est le coût du traitement car, les dépenses de santé élevées rendent les individus moins susceptibles d'utiliser ces services. Ce qui les pousse à chercher ailleurs d'autres alternatives comme l'automédication (Andersen et Newman, 1973). Ainsi, dans le contexte de pays en développement où la pauvreté monétaire constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins, la littérature a identifié divers mécanismes parmi lesquels les transferts de fonds des migrants. La migration peut avoir un effet positif sur la santé des ménages récipiendaires si les envois de fonds des migrants contribuent à l'assouplir les contraintes budgétaires et à investir dans la santé des ménages. Cela a été le cas du Mexique, où les envois de fonds contribuent de manière significative à la réduction du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans et sont également associés aux nouveau-nés pesant au-dessus de la moyenne dans les familles récipiendaires des envois de fonds (Duryea et al., 2005). L'étude fait valoir que les transferts de fonds des migrants constituent une source de financement cruciale pour l'accès aux soins de santé dans les établissements sanitaires formels.

La réduction des inégalités d'accès aux soins de santé grâce aux transferts de fonds des migrants est retrouvée dans les travaux de Atake (2018) au Togo, preuve que la migration contribue grandement à l'amélioration de la naissance à l'hôpital, l'aide aux accouchements qualifiés, soins prénataux et postnataux notamment dans les centres sanitaires de pédiatrie. Ces conclusions sont conformes à celles des études antérieures dans les pays en développement, qui ont montrées que la migration, par le biais des transferts de fonds, améliore l'accès à la santé des enfants, la santé maternelle et l'utilisation des soins de santé de qualité et réduit par conséquent le taux de mortalité infantile.

Par ailleurs, l'augmentation des dépenses en services de santé des ménages migrants peut en effet, améliorer l'accès aux services de santé du secteur privé pour tous les membres de la communauté. Car, c'est en réponse à cette demande accrue que les prestataires de services s'installent dans les communautés. Dans une étude sur les conséquences de la migration au Kerala en Inde, Zachariah et al. (2000) constatent que la réception de transferts de fonds est associée à une plus grande utilisation des installations hospitalières pour traiter les maladies, et à une multiplication par trois du recours aux hôpitaux privés pour les accouchements.

De même, Lindstrom et Munoz-Franco (2006) utilisent les données de l'enquête guatémaltèque de 1995 sur la santé des familles (EGSF) menée dans quatre régions rurales du Guatemala pour étudier comment l'expérience de la migration et les liens sociaux avec les migrants influencent la probabilité d'utiliser les services formels de soins de santé maternelle. Ils constatent que l'expérience de la migration urbaine et le fait d'avoir les parents à l'étranger sont associés à une plus grande probabilité de recours aux soins prénataux formels, après avoir pris en compte les caractéristiques du milieu et les ressources favorables. L'expérience de la migration à tous les niveaux est également fortement associée à l'assistance formelle à l'accouchement dans les zones rurales du Guatemala.

Les transferts de fonds affectent ainsi la santé des membres des ménages des migrants, en assouplissant les contraintes de liquidité qui, autrement, restreindraient l'accès aux soins de santé (Amuedo-Dorantes et Pozo, 2009). Ces résultats suggèrent alors que l'on peut améliorer sensiblement les services de santé maternelle et infantile notamment en mettant en œuvre des politiques assurant l'utilisation efficiente des fonds transférés par les migrants tout comme le modèle des pays africains subsahariens, tels que le Mali et la République démocratique du Congo (RDC), où les transferts des migrants contribuent énormément à la construction d'infrastructures sanitaires (hôpitaux et cliniques), ce qui permet d'améliorer à la fois la santé des familles des migrants et des non-migrants dans les pays d'origine. Cet impact positif sur l'accès aux soins de santé des ménages est pourtant nuancé dans les travaux de Terrelonge (2014). Ce qui prouve que la relation entre les transferts des fonds des migrants sur le bien être des ménages reste ambigu et nécessite encore des études de cas pour éclairer la littérature.

Malgré la littérature relativement abondante, au cours de ces dernières décennies, plusieurs travaux ont étudié l'impact des transferts de fonds sur le développement économique au Cameroun. La littérature comprend l'évaluation de cet impact sur l'investissement en éducation et logement (Méka'a, 2015), sur les conditions de vies de ménages d'origine (Nouetagni et Hamadou, 2015), sur le capital humain (Amassangka et al., 2020), sur les résultats scolaires (Fambeu, 2021). Néanmoins, au Cameroun, les liens possibles entre les transferts de fonds et l'accès aux soins dans les établissements sanitaires sont rarement explorés par la littérature. De plus, aucune de ces études n'ont intégré la notion de préférence des ménages récipiendaires en matière de choix des unités de soins de santé.

II. Méthodologie

a) Sources de données

Les données utilisées dans la présente étude proviennent de la quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM 4) réalisée en 2014 par l'Institut National de la Statistique (INS). Cette enquête, menée auprès d'un échantillon de représentatif

© 2025 Global Journals

d'environ 17430 ménages, fournit des informations sur la migration, les transferts de fonds des migrants, le patrimoine et les autres caractéristiques socio-économiques du ménage. ECAM 4 étant, comme la précédente enquête (ECAM 3), une enquête à objectifs multiples, son questionnaire est articulé autour d'un certain nombre de module correspondant aux domaines d'investigation en fonction des objectifs retenus. Les différentes sections abordées touchent, entre autres, les domaines ci-après : l'éducation, l'emploi et les revenus, les travaux domestiques et le travail des enfants, le standing et les équipements des ménages, le patrimoine, l'environnement du ménage, la mobilité résidentielle et les migrations[4], l'accessibilité aux infrastructures de base, l'agriculture et les activités du monde rural, la gouvernance et la corruption, le tourisme interne, les dépenses et la consommation finale des ménages, la santé des membres du ménage[5].

Toutefois, il convient de souligner que cette enquête n'a pas spécialement été conçue pour l'étude de la migration. En effet, elle a collecté des informations sur celles-ci et les transferts de fonds. Malheureusement, cette enquête n'a fourni aucune information sur les revenus obtenus par les migrants dans leur localité d'accueil. Dans cette enquête, les données sur les transferts de fonds des migrants ont été collectées grâce à une série de question[6] adressées aux ménages concernant leur situation par rapport aux fonds qu'ils reçoivent.

Afin d'évaluer l'effet des transferts des fonds des migrants sur l'accès aux soins de santé des ménages, il est important de bien identifier les indicateurs qui capturent ces variables. Pour capter l'accès aux soins de santé, nous utilisons l'information liée aux types d'établissement sanitaire. Cette information, recueillies sur la base d'une série de question[7], nous permet de construire la variable dépendante qui représente le comportement du ménage malade (demande conditionnelle). Ainsi, lorsqu'un ménage est malade, il a le choix de se rendre dans un établissement sanitaire. Nous distinguons trois niveaux du secteur de la santé conformément à l'organigramme de 2002 du Ministère de la santé publique au Cameroun. Dans cette étude, l'unité de soins fait référence à un établissement de santé (ou service de soins). Ainsi, nous définissons une unité de soins comme une entité regroupant des activités de soins de santé (soins médicaux ou soins infirmiers). C'est dans cette acceptation de l'unité de soins de santé, plus global mais au contenu problématique bien circonscrit, que nous emploierons indistinctement les termes unité de soins, établissement de santé ou encore prestataires de soins dans le cadre de cette étude.

De ce fait et conformément à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020), nous définissons l'accès (aux services de santé) comme la capacité, réelle ou perçue, d'accéder aux services de santé ou aux établissements de santé (emplacement, délais, et facilité d'accès). Concernant les migrations, nous définissons un ménage migrant comme étant celui dont au moins un membre est installé dans une autre localité depuis 2001 et qui n'est pas revenu. Ainsi, la variable d'intérêt est mesurée par un indicateur binaire prenant la valeur 1 si le ménage a reçu de l'argent du migrant au cours des douze derniers moins et 0 sinon. Les autres variables explicatives sont liées au lieu de résidence du ménage, aux caractéristiques du ménage et aux caractéristiques liées à la santé. Ainsi, le tableau présentant le recodage de ces variables selon leur modalité est présenté en annexe. Le tableau 1 ci-dessous présente plus en détail les variables utilisées, ainsi que les statistiques descriptives.

[4] Confer section 07: Migration et mobilité résidentielle (questionnaires Q24 et Q25 d'ECAM 4).
[5] Confer section 02 : Santé des membres du ménages (questionnaires Q7, Q8 et Q9 d'ECAM 4).
[6] Les questions suivantes ont ainsi été posées : i) Au cours des douze derniers mois le migrant a-t-il/elle envoyé de l'argent ou des biens à votre ménage? ii) Si oui, à combien estimez - vous la valeur de l'ensemble des biens et/ou le montant total d'argent qu'il/elle a envoyé à votre ménage au cours des 12 derniers mois ?
[7] Les questions suivantes ont aussi été posé : i) Dans quel secteur a-t-il/elle été consulté(e) ? ii) quel était le principal motif de ce choix ? iii) dans quel type de structure de soins a-t-il/elle été consulté(e)?

© 2025 Global Journals

Tableau 1: Statistiques descriptives

Variables	Observations	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Unités de soins					
Publique	17.437	0.1893566	0.3918028	0	1
Privée	17.437	0.7482509	0.4340303	0	1
Automédication	17.437	0.0623925	0.241874	0	1
Transfert de Migrants	17.437	0.509884	2.306441	1	23.02585
Cout consultation	17.437	1.317102	2.70409	0	11.0021
Satisfaction des prestations offertes	17.437	0.6815002	0.4659079	0	1
Satisfait	17.437	0.1149214	0.3189363	0	1
Insatisfait					
Sexe du chef de Ménage					
Masculin	17.437	0.8257254	0.3793563	0	1
Féminin	17.437	0.1742746	0.3793563	0	1
Niveau de vie					
Pauvre	17.437	0.4973047	0.5000071	0	1
Riche	17.437	0.5026953	0.5000071	0	1
Age chef ménage	17.437	27. 37539	23.43131	0	99
Catégorie socio professionnelle					
Cadre	17.437	0.0658906	0.2480979	0	1
Employé	17.437	0.5459915	0.4978946	0	1
Auto emploi	17.437	0.3881179	0.4873356	0	1
Taille chef de Ménage	17.437	3.281684	2.985699	1	43
Milieu de résidence					
Urbain	17.437	0.7121229	0.4527865	0	1
Rural	17.437	0.2878771	0.4527865	0	1
Revenu du Ménage					
Stable	17.437	0.0575181	0.2328365	0	1
Instable	17.437	0.9424819	0.2328365	0	1
Statut matrimonial					
Marié	17.437	0.4058378	0.4910675	0	1
Célibataire	17.437	0.5941622	0.4910675	0	1
Niveau d'instruction					
Non scolarisé	17.437	0.1553504	0.3622488	0	1
Primaire	17.437	0.5639982	0.4959015	0	1
Secondaire	17.437	0.2286386	0.419968	0	1

Source: Auteurs

L'observation du tableau 1 révèle qu'en matière d'accès aux soins de santé, 74,8% des ménages optent pour les unités de soins privée, contre 18,9% des ménages bénéficiaires qui choisissent de se soigner dans les unités de soins publiques. Seulement 6% des ménages récipiendaires de fonds s'auto-médicamentent. Ainsi, les ménages récipiendaires de fonds utilisent plus des services de soins privés que les autres services. De manière générale, 68% de ces ménages se déclarent satisfaits des soins reçus contre 11% insatisfaits et 20% indifférents.

b) Stratégie d'estimation

Pour mettre en évidence le rôle des transferts de fonds dans l'accès aux soins de santé, la présente étude a élaboré une spécification économétrique où la variable dépendante est une variable discrète à trois modalités.

- 1 si l'individu se soigne les unités de soins publiques
- 2 si l'individu fréquente les unités de santé privées
- 3 si l'individu pratique l'automédication

Ainsi, au moyen d'une approche des variables instrumentales, nous analysons la probabilité de se soigner dans un établissement sanitaire public, privé ou la pratique d'automédication. Ce type de spécification permet d'expliquer la probabilité pour un individu malade de se trouver dans une situation par rapport à une autre, conditionnellement aux variables explicatives. En conséquence, le modèle empirique s'inspire des travaux de Nabeel (2021) et se présente comme suit:

$$as_{ij} = \alpha_0 + \beta_i trans_i + \sigma_i X_{ij} + e_{ij}$$

© 2025 Global Journals

où as_{ij} représente le choix de soins de santé du ménage i utilisant j le type d'établissement de santé. $trans_i$, le montant des transferts de fonds reçus par le ménage, X_{ij} est le vecteur de caractéristiques du ménages. Ces facteurs peuvent influencer le comportement du décideur qui choisit entre les services de santé publics, privés ou l'automédication. e_{ij} représente le terme d'erreur, qui peut inclure des attributs non observables pouvant affecter la variable de résultat.

La présente étude a fait recours à des regressions avec variables instrumentales en raison du fait que les estimations obtenues par l'utilisation des moindres carrés ordinaire (MCO) sont susceptibles d'être correlées avec le terme d'erreur. Ainsi, la méthode des moindres carrés en deux étapes (2-SLS) et la méthode des moments généralisés (GMM) seront utilisées pour régresser les indicateurs de mesure de l'accès aux soins de santé avec les transferts de fonds des migrants internationaux et les variables socio-économiques et démographiques des ménages. Ainsi, le recours à ces variables instrumentales se justifient notamment par le fait que la littérature établie de manière formelle un biais d'endogénéité lié à la corrélation entre les transferts de fonds des migrants et le terme d'erreur (McKenzie et Sasin, 2007 ; Bouoiyour et Miftah, 2014). En conséquence, une régression par les MCO donnerait des résultats biaisés. De ce fait, il convient de corriger le problème d'endogénéité lié à la variable explicative (transferts de fonds de migrants internationaux). Plusieurs études ont conclu à la nécessité de prendre en compte l'endogénéité des transferts des migrants (Bouoiyour et al., 2016; Fambeu, 2021). En réalité, l'introduction des transferts financiers des migrants comme variable explicative, pourrait entraîner un biais potentiel d'endogénéité.

Elle peut être corrélée avec le terme d'erreur de notre équation d'intérêt, dans la mesure où des variables omises dans cette équation peuvent expliquer le comportement de transfert des migrants camerounais. Aussi, il est possible que certaines caractéristiques non observées du ménage du ménage qui affecte simultanément le choix des soins de santé et les transferts de fonds soit omise, par exemple: le rôle de l'émigrant dans la prise de décision en matière de soins de santé et le coût des soins de santé privés. Par ailleurs, les envois de fonds peuvent avoir comme motif le financement des soins de santé des ménages. Or, notre équation de base explique l'accès aux unités de soins de santé, entre autres, par les transferts de fonds des migrants. Ces problèmes rendent difficile l'établissement de la causalité et biaisent le cadre typique des régressions sous forme réduite. Dans notre cas, les problèmes à prendre en compte sont notamment : la causalité inverse (par exemple, le choix d'un prestataire de soins de santé privés peut induire un besoin de ressources financières plus importantes, augmentant ainsi l'afflux de transferts de fonds). Ainsi, pour réduire la probabilité d'un biais potentiel causé par l'endogénéité de la variable de traitement (transferts de fonds des migrants), nous utilisons la technique de la variable instrumentale, où les transferts de fonds reçu sont instrumentés par les variables liées au ménages.

III. Résultats

Avant de passer à l'analyse des résultats, il est nécessaire de clarifier la validité économétrique du modèle, des tests de validité des instruments et d'endogénéité. Du fait de l'absence de certaines variables dans la base, les caractéristiques liées aux ménages sont utilisées comme instruments pouvant identifier notre modèle. Ces caractéristiques sont le sexe, l'âge et le niveau d'éducation etc. Le test de sur-indentification de Sargan permet de confirmer la validité de nos instruments. Étant donné nos P-value > 5%, on accepte l'hypothèse nulle de validité des instruments. Le test d'endogénéité de Hausman montre que le modèle ne souffre d'aucun biais d'endogénéité et permet ainsi de valider l'endogénéité de la variable d'intérêt (transfert des fonds de migrants) par la méthode des variables instrumentates.

Le tableau 2 présente les paramètres estimés du modèle à l'aide de l'approche des variables instrumentales opposant les trois situations suivantes: unité de soins publique, unité de soins privée et automédication. Les résultats montrent que globalement, les transferts de fonds des migrants ont des effets variés sur l'accès aux soins dans les unités de santé. Pris individuellement, les transferts des fonds ont des effets négatifs chez les ménages se soignant dans les établissements publics alors qu'ils ont un effet positif dans les autres unités de soins.

En effet, suivant la méthode (IV-2SLS), une augmentation de 1% du montant des transferts de fonds entraîne une hausse de 66,1% et de 92,3% la chance pour les ménages bénéficiaires de recourir aux unités de soins privées et à la pratique de l'automédication, respectivement.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les ménages camerounais ont davantage besoins de moyens financiers pour recourir aux soins dans les unités privées. Dans ces unités de soins où le coût de consultation parfois élevé a un effet négatif (-6,68e-05) sur le choix de ces dernières alors que la prise en charge des patients et les services sont de meilleurs qualités. En conséquence, les transferts de fonds des migrants réduisent donc ces contraintes bugetaires des ménages bénéficiaires leur permettant de choisir ces unités de soins en raison de leur commodité. Ce résultat est cohérent avec celui de la variable satisfaction qui montre que les ménages qui font recourt à ces unités de soins privées (0,261) sont satisfaits par rapport à

© 2025 Global Journals

ceux des unités publiques (-0,007). Les résultats corroborent ceux de Nabeel (2021) et Zachariah et al. (2000) qui montrent que les ménages qui reçoivent les fonds sont plus susceptibles d'être hospitalisés dans les unités de soins privées au Pakistan et en Inde, respectivement.

Concernant la pratique de l'automédication, ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'une part importante des ménages bénéficiaires des transferts se trouvent non seulement dans une situation de précarité, mais aussi dans les zones géographiques où les unités de soins formelles (publique et privée) ne sont toujours opérationnelles et donc ils sont contraints de recourir à cette pratique. Aussi, les montants des transferts peuvent être insuffisants pour satisfaire leur besoin de première nécessité et ils préfèrent donc l'automédication afin de rationnaliser leur dépense. Ceci est semblable aux études de Mora-Rivera et al (2024) qui montrent que ces résultats sont liés aux disparités socio-économiques structurelles qui caractérisent les pays en développement et dépendent également de la perception de ce revenu supplémentaire comme permanent ou transitoire.

Dans les unités de soins publiques, les résultats montrent qu'une augmentation de 1 point de pourcentage du montant de transferts entraîne une diminution de 158,4 points de pourcentage la chance de recourir aux unités de soins publiques. L'explication pourrait venir du fait que dans les unités de santé publiques, les coûts de consultations et de prise en charge subventionés par l'Etat font de ces centres, de unités de préférence des ménages pauvres[8] qui vivent dans des conditions éloignées du confort social[9]. Dans ces unités, à l'exception de quelques grandes structures hospitalières, une file d'attente longue, l'absence et le retard manifeste de certains professionnels de santé découragent les ménages bénficiaires de transferts de fonds qui optent plutôt pour les unités de soins privées.

Les caractéristiques individuelles sont également des déterminants de choix des unités de soins au Cameroun. La probabilité de renoncer aux unités de soins publiques dinimue de 10,1 points de pourcentage chez les hommes comparativement aux femmes. En revanche, cette probabilité augmente de 8,67 et 1,04 points de pourcentage chez les hommes comparativement aux femmes de solliciter les unités de soins privées et la pratique de l'automédication, respectivement. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que généralement, contrairement aux femmes qui sont très attentives à leur sensation corporelle et à celle de leur famille, les hommes sont moins. Ces derniers qui ne jouent pas souvent le rôle de soignant principal ne perçoivent pas mieux les risques liés à l'usage des médicaments hors prescription médicale (automédication). Ce résultat est en accord avec ceux des travaux de Ndonou et Fomba (2024).

En outre, la probabilité d'accès aux unités de soins publiques augmente de 0,18 point de pourcentage avec l'âge du chef de ménage tandisque cette probabilité dans les unités de soins privées et l'automédication diminue de 0,14 et 0,04 point de pourcentage, respectivement. Ces résultats confirment l'idée selon laquelle l'âge s'accompagne de l'expérience et les personnes âgées sont généralement plus conscientes des résultats potentiels des différents unités de santé (Hughes et al., 2001). Un autre résultat important est celui du niveau d'instruction. Les montrent que le niveau d'instruction a un effet varié suivant les différents unités de soins. En effet, la probabilité d'accès aux soins dans les unités publiques plutôt que de recourir aux autres prestataires diminue de 0,73 point de pourcentage lorsque le chef de ménage a au plus le niveau primaire et augmente de 1,16 point de pourcentage lorsque celui-ci a au moins le niveau secondaire. Par contre, dans les unités de soins privées et la pratique de l'automédication, l'éducation a un effet négatif et positif quelque soit le niveau d'instruction, respectivement. Ceci est cohérent aux résultats des travaux antérieurs qui attestent que l'éducation améliore niveau de connaîssance. Ce qui confer la capacité de s'informer et de comprendre les enjeux liés aux risques sanitaires, rendant les individus plus enclins à recourir aux meilleurs prestataires de soins (Raynaud, 2008; Gurmu et Tesfu, 2012; Ndonou et Fomba, 2024).

[8] Confert les travaux de Owoundi (2013) pour qui, au Cameroun, 51% de la population vit avec moins de deux dollars par jour, tandis que la propension moyenne de la consommation médicale totale des ménages est élevée.

[9] L'indice de développement humain du Cameroun a régressé. En effet, cet indice est passé de 0,52 en 2020 contre 0,56 un an plutôt, soit en baisse de 0,04 point. Le Cameroun occupe ainsi le 156e rang mondial sur 189 pays du classement du PNUD (Banque Mondiale, 2021).

© 2025 Global Journals

Tableau 2: Résultats de l'estimation de l'effet des transferts de fonds internationaux sur l'accès aux soins dans les unités de santé (Méthodes des variables instrumentales)

Variables	Publique		Privé		Automédication	
	IV-2SLS	GMM	IV-2SLS	GMM	IV-2SLS	GMM
Transfert de Migrants	-1.584*** (1.087)	-1.541*** (1.013)	0.661 (0.817)	0.871 (0.920)	0.923 (0.657)	1.069 (0658)
Coût Consultation	7.17e-05*** (2.48e-06)	7.14e-05*** (1.38e-05)	-6.68e-05*** (3.30e-6)	-6.74e-05*** (1.32e-05)	-3.67e-06*** (1.99e-06)	-3.58e-06*** (1.60e-06)
Satisfait	-0.00771** (0.0117)	0.00197** (0.0131)	0.261* (0.0156)	0.0268* (0.0145)	-0.0254*** (0.00943)	-0232*** (0.00940)
Homme	-0.101*** (0.0133)	-0.0983*** (0.0159)	0.0867* (0.0178)	0.0872* (0.0171)	0.0104* (0.0107)	0.0169* (0.0105)
Agecm	0.00185*** (0.000835)	0.00164** (0.000940)	-0.00143*** (0.00111)	-0.00147*** (0.00104)	-0.000423*** (0.000671)	-0.000555*** (0.000674)
Cadre	-0.00547*** (0.0197)	-0.00256*** (0.0225)	0.00368*** (0.0262)	0.00289*** (0.0245)	-0.00915 (0.0158)	-0.0119 (0.0155)
Employé	0.0321** (0.0165)	0.0356* (0.0187)	-0.0279*** (0.0220)	-0.0272*** (0.0204)	0.00412* (0.0133)	0.00208 (0.0131)
Taillem	0.00651 (0.00192)	0.00626* (0.00220)	-0.00628 (0.00256)	-0.00633** (0.00240)	-0.000237 (0.00155)	-0.000460 (0.00160)
Urbain	-0.0163 *** (0.0145)	-0.0124*** (0.0166)	0.0394** (0.0193)	0.0398** (0.0182)	-0.0230** (0.0117)	-0.0201*** (0.0117)
Revenu stable	0.00310** (0.0136)	0.00180** (0.00180)	-0.0214*** (0.0181)	-0.0219*** (0.0173)	-0.0183*** (0.0109)	0.0184* (0.0103)
Niveau de vie du ménage (Pauvre)	0.101*** (0.0312)	0.0937*** (0.352)	-0.0792* (0.0416)	-0.0807* (0.0387)	0.0221* (0.0251)	0.0273* (0.0251)
Non scolarisé	-0.0630*** (0.251)	-0.0592*** (0.0287)	-0.0167*** (0.0334)	-0.0161*** (0.0313)	0.0798* (0.0202)	0.0821* (0.0191)
Primaire	-0.00730** (0.0270)	-0.00176*** (0.0307)	-0.0487*** (0.0389)	-0.0479*** (0.0334)	0.0560** (0.0217)	0.0593* (0.0205)
Secondaire	0.0116* (0.0148)	0.0115* (0.0184)	-0.0389*** (0.0197)	-0.0391** (0.0191)	0.0273* (0.0119)	0.0270* (0.00877)
Constant	-1.072*** (1.631)	-1.492*** (1.836)	3.833 (2.172)	3.748 (2.022)	-1.762*** (1.312)	-2.053*** (1.314)
Wald Chi2(18)	3734.73	1468.07	2977.40	2436.02	552.46	403.85
R-squared	0.6790	0.7211	0.6223	0.8119	0.5612	0.7122
Prob > chi2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Sargan P-value	0.6112	0.6507	0.7092	0.5732	0.5823	0.5402
Observations	17.437		17.437		17.437	
Standard errors in parentheses	*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1					

Source: Auteurs

L'analyse des résultats sous le prisme du niveau de vie des ménages montre que la probabilité d'accès aux unités de soins publiques et à l'automédication augmente de 10,1 et 2,21 points de

© 2025 Global Journals

pourcentage respectivement lorsque le ménage se situe dans la classe des ménages pauvres. Par contre dans les unités de soins privées, cette probabilité diminue 7,92 points de pourcentage. Ce résultat est conforme aux recherches qui montrent que les individus des ménages pauvres aux contraintes financières d'accès aux unités de soins formelles privées. Ceci dû à une insuffisance des capacités financières à couvrir les frais de services médicaux et une absence de couverture d'assurrance santé. Les résultats vont dans le même sens des travaux de Shafie et al (2018) et Awojobi (2019).

Ce tableau révèle également qu'au Cameroun, il existe une disparité géographique en matière d'accès aux soins dans les unités sanitaires. En effet, la probabilité de recourir aux unités de soins publiques et à la pratique de l'automédication diminue respectivement de 1,63 et 2,3 points de pourcentage en milieu urbain comparativement au milieu rural. En revanche, cette probabilité augmente l'accès dans les unités de soins privées de 3,94 points de pourcentage en zone urbaine comparativement en zone rurale. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'en milieu urbain, il existe une diversité d'établissement en matière d'offre santé privée, parmi lesquelles les unités de soins privées formelles et informelles. D'une part, les structures sanitaires privées formelles offrent des commodités en termes de prise charge rapide, des équipements, infrastrucures adéquats ce qui pourraient favoriser l'attractivité vers ces unités sanitaires. D'autre part, les unités de soins informelles qui sont pratiquées dans les structures clandestines où les personnels de santé publics en service et même ceux en retraite mettent leur compétence contre rémunération aux populations. Ces populations déjà pauvres font recourt à ces unités parfois à crédit avant de régler les factures plus tard. Ce résultat corrobore ceux de Duchesne (1998) qui montrent qu'en Tanzanie, les individus habitant le milieu urbain accèdent plus aux formations hospitalières privées que ceux habitant le milieu rural.

La catégorie socioprofessionnelle est également un déterminant de choix d'accès aux soins de santé. En effet, le fait d'être cadre diminue de 0,54 et augmente par contre de 0,36 point de pourcentage la probabilité d'accès aux unités de soins publiques et privées, respectivement. En revanche, le fait d'être employé augmente de 3,21 points de pourcentage la probabilité de recourir aux unités de soins publiques et diminue de 2,79 points de pourcentage la probabilité de recourir aux unités de soins privées. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que d'une part, les cadres sont des individus d'une classe sociale aisée ou riche et disposant de personnels de santé privés. De ce fait, ils préfèrent se faire consulter soit à domicile soit dans les hôpitaux privés de référence. D'autre part, les employés sont des individus ayant des revenus relativement stables et donc sont couverts par un régime d'assurance maladie dans les hôpitaux publics puis que ces revenus sont généralement faibles pour solliciter les unités de soins privées dont les services sont très coûteux. Ce résultat est cohérent avec celui de la variable revenu stable qui montre que les individus disposant de ce type de revenu ont une préférence pour les unités de soins publiques plutôt que celles de soins privées et la pratique de l'automédication.

IV. Conclusion

L'objectif du présent papier a été de mettre en évidence le rôle joué par les transferts de fonds des migrants internationaux dans l'accès aux soins des ménages camerounais. En utilisant la méthode des variables instrumentales et les données d'ECAM 4, nous trouvons que les ménages qui reçoivent des fonds des migrants internationaux sont plus susceptibles de solliciter le secteur de santé privé et la pratique de l'automédication. Cette préférence de ces secteurs par rapport à celui du public par les ménages laisse penser que les transferts de fonds sont l'un des déterminants importants qui influencent le choix des prestataires de soins au Cameroun. Du point de vue d'implications de politique en matière de santé, la puissance publique devrait intégrer les camerounais de la diaspora dans les politiques de développement notamment dans le financement de la santé. Ainsi, ces fonds pourront servir dans la construction d'infrastructures sanitaires en particulier dans les zones rurales afin de réduire les disparités géographiques en matière d'offre de soins.

Bien que cette étude fournit des effets statistiquement significatifs des transferts de fonds sur l'accès au soins de santé, elle n'offre qu'une vision partielle du problème abordé, invétablement entachée de limites principalement liées au type de données utilisées dans l'analyse. Premièrement, compte des objectifs d'ECAM 4, il est possible que l'ensemble des transferts de fonds déclarés par les sources officielles ne soit pas pris compte. Ceci souligne la nécessité d'enquêtes plus précises sur les revenus provenant des transferts de fonds. Deuxièmement, il serait souhaitable de disposer des données longittudinales permettant de suivre les mêmes ménages à différents moments et de stratifier les transferts de fonds en tranche de revenus. Ceci permettrait de tirer des conclusions plus complètes sur la dynamique entre les flux de transferts de fonds et leurs effets sur l'accès de soins de santé. Troisièmement et enfin, il serait souhaitable de tenir compte des différentes composantes de l'automédication à savoir s'automédicamenter à la pharmacie, vente de rue et plantes médecinales. Ceci dans l'optique de s'interroger sur les perspectives de développement de l'automédication dans le contexte camerounais où la demande dépend très largement de facteurs économiques et culturels. Ces limites ne remettent aucunement en cause la pertinence de nos

© 2025 Global Journals

résultats mais souligner la nécessité de leur prise en compte pour des recherches ultérieures.

References Références Referencias

1. Amassangka Haman V., Nourou M., Dawe D., Tchaltouang C., (2020), Les effets des transferts de fonds des migrants internationaux sur le capital humain Cameroun, *Global journal of Human Social Science*. V. 20. ISSN: 2249- 460x & Print ISSN: 0975-587x.
2. Ambrosius C., Cuecuecha A., (2013), Les transferts de fonds sont-ils un substitut au crédit? Porter le fardeau financier des chocs sanitaires dans les ménages nationaux et transnationaux. *Monde en Développement*, vol. 46, numéro C, pp.143-152.
3. Andersen RM., Newman JF., (1973), Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*–Health and Society. 51(1):95-124.
4. Atake, E., (2018), The impacts of migration on maternal and child health services utilisation in Sub-Saharan Africa: evidence from Togo. *Public health*, 2018, vol. 162, p. 16-24.
5. Awojobi O., 2019, Impact of Remittances on Health-care Utilisation and Expenditure in Developing Countries: A Systematic Review. *Rwanda Journal of Medicine and Health Sciences*; 2 (3): 304-310.
6. Banque Mondiale, (2013), Financement basé sur la performance au Cameroun: Résultats de l'enquête de référence sur les établissements de santé. In T. W. Banque (Ed). Washington DC.
7. Bouoiyour J., Miftah A., (2017), Do Migrants Transfer Political and Cultural Norms to Their Origin Country? Some Evidence From Some Arab Countries. No 1098, Working Papers from *Economic Research Forum*, (3): 22.
8. Bouoiyour J., Selmi R., (2016), Bitcoin: a beginning of a new phase?," *Economics Bulletin,* Access Econ, vol. 36(3), pages 1430-1440.
9. Cevallos L., Chi C., (2012), Migration, remittances, and health care utilization in Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2012 ; 31(1): 9–16.
10. Cha'ngom, N., Tamokwe P., (2018), Do remittances contribute to inclusive growth in Subsaharan Africa?, *MPRA Paper 91321, University Library of Munich, Germany.*
11. Duchèsne D., (1998), Evaluation de la fonction de demande de soins de santé en Tanzanie, CRDE, Université de Montréal, Octobre, 1998 enquête Démographique et de Santé. BUCREP/MINPAT.
12. Duryea S., Córdova E., Olmedo A., (2005), Migrant remittances and infant mortality: evidence from Mexico. Unpublished draft manuscript, *Inter-American Development Bank*, Washington, DC.
13. Engle E., (1857), The Production and Consumption Ratios of the Kingdom of Saxony, *Bulletin of the International Statistical Institute*, vol. 9, 1895, Anlage I, pp. 1-54.
14. Fambeu H., (2021), Les transferts de fonds des migrants internationaux favorisent-ils l'éducation des filles au Cameroun, *Mondes en développement*. N° 194, pp. 59-68.
15. Gurmu, S., & Tesfu, S. T. (2012). Illness and choice of treatment in urban and rural Ethiopia. *Ethiopian Journal of Economics*, 20(2), 29–62.
16. Hines L., Simpson N., (2018), Migration, Remittances and Human Capital Investment in Kenya, *IZA Discussion* Paper N°. 11835, p. 39.
17. Hughes, C. M., McElnay, J. C., Fleming, G. F. (2001), Benefits and risks of self medication. Drug Safety, 24(14), 1027–1037. https://doi.org/10.2165/00002018-200124140 00002/METRICS
18. Lindstrom D., Munoz-F., (2006), Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala. *Soc Sci Med*. 63(3): 706-21.
19. McKenzie D., Sasin M., (2007), Migration, Remittances, Poverty, and Human Capital : Conceptual and Empirical Challenges, *World Bank Policy Research Working Paper* N° 4272.
20. Meka'a C., (2015), Transferts de fonds des migrants et dépenses des ménages : application au cas du Cameroun, *Région et Développement*, N° 41.
21. Mora-Rivera J. ; García-Amador, M.C. & van Gameren, E., (2024). A regional analysis of the impact of remittances on health expenditures: evidence from Mexico, *Rev Econ Household.* https://doi.org/10.1007/s11150-024-09752-3
22. Nabeel U.,(2021), Trois essais sur la provision et utilisation du système sanitaire au Pakistan. Thèse de doctorat en Sciences économiques. École doctorale sciences sociales et humanités (Pau, Pyrénées Atlantiques).
23. Ndonou T., M. E & Fomba, K. B. (2024). Analyse du comportement de recherche de soins de santé au Cameroun: Le cas de l'automédication. *Ann. Univ. Lomé*, série Sc. Eco., 2024 (Déc.), Volume XXVII: 15-25.
24. Nkoma P., (2015), Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun: Les déterminants du recours à l'automédication. *7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis"*, le Gouvernement de l'Afrique du Sud et l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA).
25. Nouetagni S., Saidou H., (2015), Impact différentié de la migration et des transferts sur les conditions de vie des ménages d'origine: Cas du Cameroun. Stateco N° 109.
26. Owoundi J., (2013), Poids des dépenses de santé sur le revenu des ménages au Cameroun. XXVIIe Congrès international de la population (UIESP). Busan, Corée.

© 2025 Global Journals

27. Ponce J., Olivie I., Onofa M., (2011), The role of international remittances in health outcomes in Ecuador: Prevention and response to shocks. *International Migration Review* 45(3):727-45.
28. Raynaud D., (2008), Les déterminants du recours à l'automédication. *Revue française des affaires sociales*. Vol 1, pp. 89-94.
29. Ridde V., (2012), L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues. Montréal, *Presses universitaires de Montréal*, p. 325, index.
30. Ridde V., Meesen B., Kouanda S., (2011), L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne: une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? Bucur; 23, pp. 61-70.
31. Rosenstock I., Strcher V., Becker M., (1988), Social learning theory and the health belief model. *Health Education Behavior*, 15(2), 175-183.
32. Sorgho G., Walque D., Robyn J., (2013), Cérémonies publiques de randomisation. Blog de la Banque mondiale sur l'impact du développement.
33. Terrelonge S., (2014), For Health, Strength, and Daily Food: The Dual Impact of Remittances and Public Health Expenditure on Household Health Spending and Child Health Outcomes. *Rev Econ Stud*; 50, pp. 1397-410.
34. World Bank., (2013), Migration and Remittances Team, Development Prospects Group, Migration and Remittance Flows: Recent Trends and Outlook, 2013-2016. Migration and Development Brief 21.
35. Zachariach C., Mathew E., Rajan S., (2000), Social, Economic and Demographic Consequences of Migration on Kerala, *International Migration,* 39(2): 43–71.

Annexe

Tableau 1: Récapitulatif des variables selon leur modalité

Variables	Modalités
Réception des transferts de fonds	1 si le ménage a reçu un transfert de fonds des migrants et 0 sinon.
Unité de soins de santé	
Unité de soins publique	1 si le ménage a reçu des soins venant du publique 0 si non
Unité de soins privée	1 si le ménage a reçu des soins venant du privé 0 si non
Automédication	1 si le ménage s'automédicamente 0 si non
Niveau d'éducation du chef de ménage	
Non scolarisé	1 si le chef de ménage n'a pas été scolarisé 0 si non.
Primaire	1 si le chef de ménage a un niveau primaire 0 si non
Secondaire	1 si le chef de ménage a un niveau secondaire 0 si non
Supérieur	1 si le chef de ménage a un niveau Supérieur 0 si non
Situation des revenus	
Stable	1 si le ménage a des revenus stable 0 si non
Instable	1 si le ménage a des revenus stable 0 si non
Catégorie socio professionnelle	
Cadre	1 si le chef de ménage est un cadre 0 si non.
Employé	1 si le chef de ménage est un employé 0 si non.
Auto emploi	1 si le chef de ménage s'auto emploi 0 si non.
Niveau de vie	
Pauvre	1 si un ménage pauvre a reçu un transfert de fond 0 si non.
Riche	1 si un ménage riche a reçu un transfert de fond 0 si non.
Satisfaction des prestations offertes	
Satisfait	1 si un ménage est satisfait des soins reçus 0 si non.
Insatisfait	1 si un ménage est insatisfait des soins reçus 0 si non.
Sexe du chef de Ménage	
Masculin	1 si le chef de ménage est de sexe masculin 0 si non.
Féminin	1 si le chef de ménage est de sexe féminin 0 si non.
Age du chef du ménage	Age du chef de ménage
Milieu de résidence	
Urbain	1 si le ménage réside en milieu urbain 0 si non.
Rural	1 si le ménage réside en milieu rural 0 si non.

© 2025 Global Journals

Revenu du Ménage	
Stable	1 si le ménage a des revenus stables 0 si non.
Instable	1 si le ménage a des revenus instables 0 si non.
Statut matrimonial	
Marié	1 si le chef du ménage est marié 0 si non.
Célibataire	1 si le chef du ménage est célibataire 0 si non.
Taille du ménage	Taille du ménage
Coût de consultation	Coût de consultation

Source: Auteurs

© 2025 Global Journals