

14

Prefinancement communautaire des soins de santé pour un meilleur accès des populations rurales aux services de santé de base: une estimation du consentement à pré-payer des ménages au centre du Cameroun

Joachim Nyemeck Binam et Valère Nkelzok

Dans une procédure d'analyse à deux étapes, les tests statistiques nous permettront d'apprécier le degré de corrélation entre les différentes valeurs du CAP et certaines variables socioéconomiques et culturelles prises individuellement.

Les résultats de cette étude enfin nous donneront des indications sur le taux de cotisation individuelle des membres dans une perspective de la mise sur pied d'un système de préfinancement des soins de santé de type mutualiste en milieu rural. Par ailleurs, l'identification des facteurs affectant la valeur du CAP les soins permettra de définir le profil des futurs mutualistes en vue d'aider les acteurs du développement local à mieux asseoir leurs stratégies de mise sur pied du système de préfinancement des soins de santé de base dans la localité d'étude. En estimant les capacités réelles des ménages ruraux au financement des soins, cette étude nous situera enfin sur les objectifs d'équité de la politique de contribution des ménages au financement des soins de santé.

Introduction

Le Cameroun a enregistré d'excellentes performances économiques qui se sont traduites par un taux de croissance annuel moyen de 7% au cours des deux premières décennies qui ont suivi son indépendance politique. Ces performances lui ont permis de se doter d'infrastructures sanitaires appréciables. A titre d'illustration, le Cameroun disposait de 1 031 établissements sanitaires dont 1 Centre hospitalier universitaire (CHU), 2 hôpitaux généraux de référence (Hôpital général), 3 hôpitaux centraux, 8 hôpitaux provinciaux, 38 hôpitaux départementaux, 132 hôpitaux de

district et 842 centres de santé (Republic of Cameroon 2000), avec un personnel médical d'environ 14 292 employés (Ministry of Health 1997). Toutefois, les difficultés économiques devenues insoutenables depuis le début des années 80, ont nécessité des réformes de politiques sous l'impulsion de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international. Ces mesures ont imposé, entre autres, le désengagement de l'État et la réduction des dépenses publiques, notamment dans le secteur sanitaire, faisant passer les dépenses du secteur sanitaire de 35 817 millions F CFA en 1986/87 à 18 167 millions F CFA en 1995/96, soit une baisse globale de 49% en huit ans.

Contrairement aux prédictions théoriques, la dévaluation du Franc CFA intervenue en 1994 n'a pas provoqué un recul de la pauvreté au Cameroun en général et dans les zones rurales en particulier (Republic of Cameroon 2000). On estime que l'incidence, l'intensité et la gravité de la pauvreté ont augmenté au Cameroun au cours de la dernière décennie; ce qui signifie que non seulement la pauvreté s'est généralisée, mais elle est également plus profonde et plus grave. La pauvreté est considérable dans toutes les régions rurales. En 2001, 50,5% des Camerounais sont affectés par la pauvreté, soit environ 6 217 058 millions d'individus.

En milieu rural, la pauvreté est devenue plus intense avec un taux de paupérisation de 56,7% en 2001. Les nombreuses mesures d'ajustement entreprises par le gouvernement, même-si elles n'étaient toujours pas directement ciblées sur les populations rurales, ont toutefois eu des effets délétères sur leur bien-être. À titre d'exemple, la diminution du niveau de rémunération des employés du secteur public et privé formel a eu pour conséquence la baisse du niveau de demande des produits alimentaires offerts par les populations rurales d'une part, et, d'autre part, la baisse du niveau de transferts familiaux vers les populations rurales.

L'état de santé occupe une place de choix parmi les indicateurs de bien-être, dans le processus de développement économique de tout pays. La santé peut être appréciée non seulement en tant qu'indicateur de développement économique mais aussi comme forme de capital humain. Comme indicateur de développement économique, la santé permet d'apprécier le succès ou l'échec d'un pays dans sa tentative de procurer à sa population des moyens vitaux. En tant que forme de capital humain, c'est un élément important du développement futur d'un pays. La santé est aussi un indicateur de pauvreté humaine.

Au Cameroun le bien être des ménages pauvres et vulnérables repose essentiellement sur un bon état de santé. La faible capacité des ménages à payer les soins de santé les amène à recourir à des solutions diverses. Il est courant de s'abstenir de tout traitement ou de pratiquer l'automédication avec des remèdes traditionnels ou de recourir aux guérisseurs traditionnels.

Suite à l'initiative de Bamako en 1987 et devant les difficultés budgétaires, l'État a mis en place un nouveau système de santé basé sur le cofinancement et la cogestion des services de santé par les bénéficiaires de la communauté. En principe, cette politique dite de recouvrement des coûts ne pose pas de problème si

elle est accompagnée d'une amélioration de la qualité de ces services (Shepard 1992, Diop 1994, Schneider *et al.*, 2000, Griffin 1998). Toutefois, cette politique de recouvrement de coût n'est pas toujours de nature à faciliter l'accès aux services de santé de base des populations rurales généralement vulnérables au Cameroun.

D'après le rapport 2002 sur les conditions de vie et profil de pauvreté au Cameroun, le nombre de visites dans les centres de santé a considérablement diminué. Dans l'ensemble, parmi le nombre de personnes ayant déclaré avoir été malades en 2001, moins de 48,7% ont été capables de s'offrir des soins médicaux dans un centre de santé, pendant que parmi les populations les plus vulnérables, seules 36,1% ont pu se rendre à un centre moderne de santé. En ce qui concerne les dépenses en soins de santé proprement dits, la somme dépensée par an par personne s'élève à 13 000 F CFA, soit 5 600 F CFA par personne chez les ménages pauvres contre 37 000 F CFA chez les autres (DSCN 2002).

Il apparaît dès lors clair que le paiement individuel direct, comme forme d'expression de « recouvrement des coûts », présente plusieurs inconvénients:

- il ne permet pas le partage des risques entre malades et bien-portants;
- il bute très rapidement sur la capacité des individus à payer et, face à des événements de santé très coûteux, ne permet de récupérer qu'une partie des coûts;
- il maintient souvent des individus dans une gestion au coup par coup des événements de santé et n'incite pas à l'anticipation des dépenses;
- les différentes solidarités, horizontales entre malades et bien-portants et verticales entre groupes sociaux, sont difficiles à prendre en compte.

Le caractère aléatoire de la maladie, la lourde charge que représentent pour les individus les frais inhérents à une hospitalisation ou à une maladie grave et, plus largement, l'origine sociale et économique des grands problèmes de santé militent en faveur d'une couverture collective des principales dépenses de santé surtout dans nos sociétés traditionnelles.

Il est grandement reconnu que les systèmes communautaires de partage de risque tel que le pré-financement pour utilisation future des services de santé sont en mesure non seulement, d'améliorer l'équité dans l'accès des populations rurales aux soins de santé de qualité, mais, en mesure également d'inciter les pourvoyeurs de ces soins, d'améliorer la qualité et l'efficacité des services offerts ainsi que l'implication des populations locales dans leur mise en œuvre et leur gestion (Atim 1999, Schneider *et al.* 2000). À cet effet, les systèmes de préfinancement de type mutualistes, avec une gestion décentralisée, peuvent constituer une voie originale, alternative et à la portée de nos communautés rurales.

En théorie lorsque l'on est en face de plusieurs catégories de demandeurs d'un bien ou service, la question d'équité nécessite de procéder à une segmentation du marché; de sorte que ceux qui ne sont pas capables de payer puissent payer le

montant maximum qu'ils consentent payer. Il est donc important de connaître les montants que les populations rurales, généralement moins nanties, sont capables de payer et de comprendre les facteurs qui expliquent ces velléités à payer.

Comment peut-on résoudre le sempiternel problème de disparité dans l'accessibilité aux soins de santé de base des populations rurales au Cameroun ? Quelle stratégie mettre sur pied afin de leur permettre de recourir facilement aux services de santé modernes en cas de maladie ? Quelles peuvent être leurs contributions pour la réussite d'une telle stratégie ? C'est à ces différentes préoccupations que ce projet de recherche tente d'apporter quelques éléments de réponses.

Cette étude a donc pour objectif d'apprécier les possibilités réelles de participation des ménages ruraux au préfinancement collectif des soins de santé. De façon spécifique, il s'agit d'estimer, d'une part, la disposition à pré-payer des ménages et, d'autre part, à identifier les facteurs qui l'influencent.

Revue de la littérature

Elle porte essentiellement sur les systèmes de préfinancement de santé volontaires, les typologies généralement rencontrées en Afrique, le consentement à payer et les déterminants du consentement à payer.

Les systèmes de préfinancement de santé volontaires et à but non lucratifs

La dernière décennie a fait l'objet d'un intérêt croissant dans l'introduction et l'expansion des systèmes de solidarité basés sur le financement des soins de santé en Afrique (Abel-Smith 1986, World Bank 1987, 1993, Vogel 1990a, b, Shepard *et al.* 1992, WHO 1993, Ahrin 1995, Schneider *et al.* 2000). Les raisons souvent invoquées dans la promotion de ces systèmes est leur potentiel comme source de revenus stables et additionnels au financement des structures de santé, leur capacité à réduire les barrières financières à l'utilisation des services de santé ainsi que leur effet redistributif (Schneider *et al.* 2000).

Il est apparu évident que l'engouement d'un regain d'intérêt national dans la promotion des systèmes traditionnels de financement des soins de santé en Afrique au sud du Sahara n'est ni une forme équitable, ni efficace comme option de politique de financement en ce sens que dans la majorité des cas, seuls les employés du secteur formel sont pris en compte dans ce genre de système. Vogel (1990b) a parcouru les systèmes de financement des soins de santé dans 23 pays en Afrique au sud du Sahara et a abouti à la conclusion que ces systèmes ne promouvaient pas une grande équité dans l'accès aux soins de santé par les pauvres. Gruat a confirmé ce résultat en analysant l'allure et les problèmes de système de sécurité sociale en Afrique (Gruat 1990).

Il existe une littérature abondante sur les systèmes volontaires et à but non lucratifs de financement des soins de santé ces dernières années, attestant par là même, l'intérêt des chercheurs et du politique dans ce domaine. Cet intérêt a été

conforté en reconnaissant en partie que les frais de santé affectent négativement le but important de la politique de santé d'équité et de plus grande accessibilité des pauvres aux services de santé (Gilson 1988, De Bethume *et al.* 1989; Waddington and Enyimayew 1989, Abel-Smith 1993, Shaw and Griffin 1995, Criel 1998, Schneider *et al.* 2000).

De Ferranti (1985) a examiné la faisabilité du recouvrement des coûts des soins de services de santé par les usagers en Afrique. Son étude a fait ressortir de nouvelles possibilités de politiques de financement des soins de santé qui sont devenues assez courantes aujourd'hui dans l'environnement sanitaire africain, spécialement, en ce qui concerne les frais de santé. De Ferranti (1985) a réalisé que la contribution des usagers aux coûts de santé pourrait prendre non seulement la forme de recouvrement direct au point de la réception des soins amis, également, la forme d'un préfinancement pour une utilisation future des services de santé. La dernière option selon lui a un potentiel assez élevé de recouvrement en ce sens que les charges de couvertures sont relativement moindres. Une croissance rapide et une participation entière de la communauté pourraient donc être source de revenus substantiels.

Dans ce même ordre d'idée, Carrin (1987) a examiné l'opportunité de préfinancement des systèmes communautaires de financement des soins de santé pour l'Afrique subsaharienne, au travers desquels les communautés en milieu rural et urbain contribuent au financement de leurs soins de santé soit directement dans les centres de santé, soit indirectement. Néanmoins, il insiste sur le fait que le financement communautaire entraîne une certaine implication de la population dans l'organisation du système. Il a mis en exergue deux avantages tant pour les systèmes de financement décentralisés que communautaires dans ce sens que le contrôle local des revenus aurait un impact positif sur l'incitation du personnel de santé dans la collecte des revenus tandis que, la conservation interne de ces revenus aurait pour conséquence de stimuler le personnel de santé à l'implication dans le système de financement. Le second avantage était que le système répondrait bien aux préférences et demandes des populations locales de sorte qu'ils acceptent en retour les mesures de recouvrement de coûts.

Kutzin et Barnum quant à eux, ont examiné les effets des programmes de financement des soins de santé sur les services de santé des pays en développement à travers une revue des principales caractéristiques institutionnelles de quatre systèmes y compris le système de financement des services de santé communautaire de l'Hôpital de Bwamanda en RDC (ex-Zaire) et l'évaluation de leur impact tant sur l'équité que sur l'efficacité du secteur de santé (Kutzin and Barnum 1992). Les résultats de cette analyse ont montré que le système de financement de Bwamanda a atteint ses objectifs dans l'augmentation de la mobilisation des ressources des services de santé dans cette région mais, par contre, la principale faiblesse de cette approche était qu'elle a entraîné un accès inéquitable aux soins de santé entre les membres et les non-membres du système. Bien plus, il est apparu des possibilités de hasard moral en ce sens que les membres du système avaient tendance à une

surconsommation des services offerts dans la mesure où le coût inhérent à un tel comportement était assez moindre pour eux comparativement à celui que pourrait supporter les non-membres. Il est également apparu la possibilité que le risque de sélection adverse existe: c'est à dire, la tendance pour les personnes malades de s'intéresser beaucoup plus au système comparativement aux personnes bien portantes.

Une étude récente de Creese et Bennett va plus loin sur la question de savoir dans quelles mesures les systèmes de préfinancement en milieu rural tels que discuté par Atim (1999) sont réellement en mesure de contribuer à l'accroissement des revenus des structures de santé ou à l'augmentation de l'équité dans l'accessibilité aux soins de santé; deux des principales raisons qui militent en faveur de la promotion des systèmes de pré financement des soins de santé (Creese and Bennett 1997). Sur la base d'une enquête mondiale sur les systèmes de pré financement, ces auteurs aboutissent à la conclusion que les systèmes mis en place dans les pays à faible revenu ont généralement une couverture très limitée, un taux de recouvrement des coûts très faible et une assez faible habilité à protéger les pauvres. Cependant, les auteurs ont atténué ce pessimisme en mentionnant que plusieurs des systèmes étudiés ont été très mal conçus. Par conséquent, il était possible qu'avec une bonne organisation et une bonne prise en compte des expériences d'ailleurs, la plupart des problèmes identifiés pourraient être résolus.

Par ailleurs, des études menées par Shepard *et al.* (1992) puis, Shneider *et al.* (2000) sur le développement et l'implantation des systèmes de pré financement au Rwanda ont montré que les systèmes de pré financement des soins de santé apparaissent comme des outils viables dans l'augmentation de l'autonomie financière des structures de santé et dans l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé de ces communautés.

Par contre les réseaux de solidarité traditionnels tel que celui étudié au Cameroun par Atim (1999) n'a pas eu un intérêt similaire dans le contexte du débat sur le financement des soins de santé.

Typologies de systèmes de financement de santé volontaires et à but non lucratif

Il existe en Afrique, au moins cinq types de systèmes de financement des services de santé volontaires à but non lucratif tels qu'ils apparaissent dans la littérature et les observations. Le premier groupe est constitué des réseaux traditionnels sociaux de solidarité basés sur les liens tribaux (clan ou ethnie) du groupe cible, mais ces réseaux sont généralement basés en milieu urbain. Tel est le cas au Cameroun comme le mentionne Atim (1999). Le deuxième groupe se compose de mouvements ou association mutualistes de santé très inclusifs qui sont basés dans les communautés rurales ou urbaines, les entreprises, les syndicats, les associations professionnelles, etc., et qui ne sont pas restreintes aux critères ethniques ou autres facteurs similaires. Le troisième groupe forme un modèle de financement

communautaire simplifié ou à faible participation, généralement organisé par les pourvoyeurs de soins de santé eux-mêmes dans un contexte de recouvrement de coûts et dans lequel, l'implication des membres dans la gestion du système est faible voire inexistante. Le quatrième groupe est un modèle de financement communautaire complexe ou à grande participation dans lequel la communauté participe à la gestion, tout au moins, au premier niveau des soins (centre de santé), habituellement, en partenariat avec le pourvoyeur des soins de santé. Le cinquième groupe est constitué de « sociétés d'aide médicale ». Ce sont en pratique les formes les plus avancées et développées des mouvements mutualistes, organisés à grande échelle en terme de membres et qui nécessitent un staff professionnel et certaines techniques de gestion empruntées aux compagnies commerciales d'assurance. Ces systèmes sont généralement rencontrés au Zimbabwe et en Afrique du Sud (Atim 1998).

Consentement à payer (CAP)

Il s'agit ici des montants que les personnes interrogées consentiraient à pré-payer dans le cas de la création probable d'une mutuelle de santé.

Dans la littérature, cette technique d'évaluation du consentement à payer tire son fondement dans la méthode d'évaluation contingente (CVM). Le principe fondamental de cette méthode est que les préférences des individus doivent servir de base à l'évaluation des gains et des pertes des biens et services qui n'ont pas de marché. Il revient alors aux individus d'exprimer leurs préférences à travers le concept de consentement à payer. Du fait qu'elle repose sur l'auto rapport, les économistes en particulier restent sceptiques à propos de la valeur de cette méthode, dans la mesure où les intentions déclarées ne correspondent pas souvent au comportement des individus. De plus, du fait de sa nature hypothétique, plusieurs biais peuvent survenir au cours de l'enquête (Mitchell and Carson 1989, Neill *et al.* 1994, Whittington 1998, Frykblom 1998, Bateman and Willis 1999, Smith 2001) entre autre:

le biais stratégique qui survient lorsque le répondant pense aux conséquences ultérieures de l'enquête. Alors, il adopte un comportement stratégique et ne révèle pas sa vraie préférence: on dit qu'il joue au « passager clandestin ». Certains biais sont liés au manque d'information au niveau du répondant, ces biais potentiels sont appelés biais de l'information, dans cette catégorie on distingue en général, le biais du point de départ, la valeur proposée par l'enquêteur peut servir de point de repère au répondant.

Dans la littérature, l'on a assisté à un foisonnement de la recherche sur la méthode d'analyse contingente, et notamment plusieurs de ces études ont été faites dans le secteur de l'environnement. Les études dans le domaine de la santé sont à notre connaissance, très rares. Munasinghe (1996) et Smith (2001) fournissent plusieurs exemples de la méthode d'évaluation contingente pour évaluer la qualité des ressources environnementales dans les pays en voie de développement. Whittington *et al.* (1990) ont utilisé cette méthode pour évaluer la contribution financière des

populations dans la fourniture de l'eau potable dans les pays en voie de développement et plus spécifiquement au Sud de Haïti.

En Afrique subsaharienne, Wasikama (1998) a utilisé cette méthode pour évaluer la contribution financière de la communauté internationale pour la préservation de la forêt de Taï en Côte d'Ivoire. Houdégbé (1999) a utilisé cette méthode pour évaluer le coût économique de la dégradation des ressources naturelles au Bénin et la valeur monétaire des aires protégées dans la zone cynégétique de la Djona au Bénin respectivement. De plus, Treiman (1993) cité par Pokou (1998) a utilisé cette méthode pour estimer également les aires protégées de la Pendjari. Par ailleurs, cet instrument a également été utilisé dans divers domaines socio-économiques outre qu'environnementaux: c'est le cas des travaux de N'guessan (1997) et Pokou (1998) où il a servi à estimer respectivement la valeur du moustiquaire imprégné dans les régions de Memni et Montézo en Côte d'Ivoire; et la contribution financière des populations pastorales dans la lutte contre la trypanosomiase animale dans le Nord de la Côte d'Ivoire.

Les déterminants du consentement à payer

Dans cette littérature, certains auteurs ont conclu que le consentement à payer était influencé par des caractéristiques économiques, socio-démographiques et les caractéristiques du bien en question (Whittington *et al.* 1990, Coffie 1997, Flores and Richard 1997, Pokou 1998, Houdégbé 1998, Bloom and Shenglan 1999, Atim 1999, Criel *et al.* 1999).

Tshinko *et al.* (1995) dans une évaluation ex-post, regroupent ces facteurs en trois catégories distinctes à savoir: les facteurs de prédisposition, les facteurs facilitateurs et les facteurs de renforcement.

Outre les variables socio-démographiques telles que l'âge, le niveau d'éducation, le genre, la religion, la taille du ménage, les facteurs de prédisposition découlent généralement de l'environnement socioculturel des répondants. Il s'agit généralement de la tradition d'utilisation des services de santé par les répondants, de la tradition locale d'entraide (expérience associative) et l'ouverture d'esprit des répondants.

Les facteurs facilitateurs sont essentiellement issus des conditions économiques des répondants: dans ce cas, le niveau de revenu des ménages est souvent considéré comme un indicateur pertinent de ce facteur. Et, enfin, les facteurs de renforcement synthétisent les caractéristiques propres au bien proposé: il s'agit souvent dans ce cas de l'expérience sanitaire vécu par le répondant (accueil, disponibilité des médicaments, qualité du praticien, etc.).

De cette revue de littérature, il apparaît que non seulement très peu d'études sur l'analyse du Consentement à Payer ont été entreprises dans le secteur de la santé en général et au Cameroun en particulier, la plupart d'entre elles entreprises dans le domaine du pré financement des soins de santé sont des études ex-post. Aucune étude à notre connaissance n'a abordé le problème dans le sens de la disposition des ménages à payer pour participer à un système de préfinancement

des soins de santé et les facteurs qui la détermine. Une étude de cette nature, qui vise à évaluer le consentement à payer des populations surtout pauvres, en vue de favoriser l'émergence des systèmes de préfinancement communautaires des soins de santé est donc justifiée tant sur le plan scientifique que social.

Méthode d'analyse

Échantillonnage et données de l'étude

Les données relatives à cette étude proviendront principalement de l'enquête de base effectuée par le Mouvement d'Action d'Aide aux Initiatives locales de Développement (MAILD) dans le cadre du projet: « *Accessibilité des populations vulnérables aux soins de santé de qualité: quelles opportunités pour la création des systèmes de préfinancement des soins de santé de type mutualiste au centre Cameroun ?* »

Cette enquête a été conduite sur la base d'un échantillon aléatoire de 1500 ménages ruraux. La procédure d'échantillonnage suivante a été utilisée: il a été procédé dans un premier temps à l'identification des services de santé dans différentes localités rurales de la Province du Centre, après quoi, différents villages ont été choisis de façon raisonnée. À l'intérieur de chaque village, il a été procédé à une identification des principaux groupements ruraux d'action communautaire ainsi que la liste des membres adhérents. Un tirage aléatoire a donc été opéré en vue de constituer un échantillon de 1500 ménages.

Le questionnaire et le guide d'entretien ont constitué les principaux outils de collecte des données sur:

- les caractéristiques socio-démographiques et culturelles telles que l'âge, le genre, le statut matrimonial, le niveau d'éducation, la taille du ménage, le nombre d'individus actifs dans le ménage, le nombre d'enfants de moins de 15 ans dans le ménage, la tradition d'utilisation des services de santé modernes;
- les caractéristiques socio-économiques telles que l'appartenance à un groupement d'intérêt économique comme proxy du capital social, le niveau de revenu des ménages;
- la valeur du consentement à payer, c'est-à-dire, les montants que les individus consentiraient à pré-payer en vue d'être membre d'un système de préfinancement pour une consommation future d'une certaine catégorie de soins de santé.

L'évaluation de la disposition à payer

La contribution des ménages au financement des soins de santé soulève le problème de la fourniture et de la tarification des biens et services publics tel que discuté par Kahneman and Knetsch (1992), Diamond (1994), Whittington (1998), Kristöm (1993), Li and Fredman (1994), Jordan (1994), Li and Fredman (1994), Frykblom (1997), Brox *et al.* (2003).

Deux approches théoriques principales sont disponibles pour l'estimation fiable des vellétés à payer des ménages. La première, l'approche indirecte, se sert des informations sur l'utilisation des biens ou services pour évaluer les réponses des consommateurs. Parmi ces méthodes, on note les modèles de coût de transport (travel cost), la méthode du prix hédonique (hedonic property value). La seconde, l'approche directe, consiste simplement à demander aux individus combien ils sont prêts à payer pour l'utilisation d'un bien ou l'amélioration d'un service. Cette méthode est appelée la méthode de l'analyse contingente. L'analyse contingente cherche à construire des marchés hypothétiques pour les biens publics. C'est une méthode d'enquête originairement utilisée pour attribuer des valeurs monétaires aux biens et services pour lesquels les prix de marché n'existent pas ou ne reflètent pas leur valeur sociale réelle.

Cette approche cherche donc à construire des marchés hypothétiques pour les biens en vue de permettre l'estimation de la demande de ces biens. Cette méthode qui a été appliquée à divers domaines s'est révélée appropriée pour évaluer les ressources non marchandes et les biens publics. Elle sera utilisée pour élucider la velléité à payer pour l'accès aux soins de santé.

L'un des problèmes majeurs liés à la technique de l'évaluation contingente est que pour certaines raisons, les personnes enquêtées ne répondent pas correctement aux questions et donc ne fournissent pas leurs vraies vellétés à payer. Les deux variantes les plus utilisées dans l'analyse contingente sont la méthode de questionnaire ouvert et la méthode de questionnaire fermé ou la technique à choix dichotomique (bidding-game). Dans le questionnaire ouvert, il est demandé au répondant d'exprimer sa volonté maximale à payer. Par exemple, « quel est le montant maximum que vous serez prêts à payer pour participer à un système de préfinancement des soins de santé ? ». Le deuxième type de questions consiste à partir d'un montant de départ et de demander au répondant s'il est prêt à payer ce montant ou non (« bidding game »). Par exemple, « seriez-vous disposé à payer x Franc CFA pour participer à un système de préfinancement des soins de santé? ».

Pour les besoins de notre étude, nous nous serviront de la technique à choix dichotomique dans la mesure où elle répond mieux aux stratégies de marchandage pratiquées dans nos marchés locaux.

Les déterminants de la disposition à payer

Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour identifier les déterminants du consentement à préfinancer les soins des ménages à savoir:

- les techniques économétriques où la valeur du CAP à payer est exprimée comme fonction d'un certain nombre de variables socioéconomiques et culturelles;
- les techniques statistiques où l'on procède à des mesures de corrélation entre la valeur du CAP et un certain nombre de variables socioéconomiques et culturelles.

L'utilisation des techniques économétriques certes plus complexes, nous permet d'apprécier l'effet de ces différentes variables sur le CAP prises globalement alors que les techniques statistiques permettent d'apprécier cet effet des variables prises individuellement.

Pour des raisons de simplicité nous nous servons uniquement des techniques statistiques où il sera procédé à l'aide des tableaux de contingence à des tests statistiques des différents effets des variables socioéconomiques et culturelles sur la valeur du CAP.

Résultats attendus

Cette étude qui a pour objectif d'évaluer et d'analyser le consentement à préfinancer les soins de santé par les populations rurales vise une triple ambition: d'abord, l'estimation des différentes valeurs du consentement à préfinancer les soins de santé servira comme base de cotisation individuelle dans une perspective de la mise sur pied d'un système de préfinancement des soins de santé de type mutualiste en milieu rural. Ensuite, les résultats de cette étude permettront aux décideurs d'apprécier le niveau de disparité dans l'accès aux soins de santé de base des populations rurales en mesurant l'écart entre les coûts pratiqués dans les services de santé et les aptitudes réelles des ménages à payer. Enfin, l'identification des facteurs affectant la valeur du consentement à préfinancer les soins permettra de définir le profil des futurs mutualistes en vue de permettre aux acteurs du développement local de mieux asseoir leurs stratégies de mise sur pied du système de préfinancement des soins de santé de base dans la localité d'étude.

Références

- Abel-Smith, B., 1986, 'Health Insurance in Developing Countries: Lessons from Experience', *Health Policy and Planning* 7(3), pp. 215-226.
- Abel-Smith, B., 1993, 'Financing Health Services in Developing Countries: The Options', *NU Nytt om U-landshälssard* 2, 93, vol. 7.
- Ahrin, D.C., 1995, 'Health Insurance in Rural Africa', *The Lancet* 345, pp. 44-45.
- Atim, C., 1998, *The Contribution of Mutual Health Organisations to Financing, Delivery and Access to Health Care: Synthesis of Research in Nine West and Central African Countries*. Abt Assocs/PHR, Bethesda, MD.
- Atim, C., 1999, 'Social Movements and Health Insurance: A Critical Evaluation of Voluntary, Non-Profit Insurance Schemes with Case Studies from Ghana and Cameroon', *Social Science and Medicine* 48, pp. 881-896.
- Bloom, G., Shenglan, T., 1999, 'Rural Health Prepayment Schemes in China: Towards a More Active Role for Government', *Social Science and Medicine* 48, pp. 951-960.
- Brox, J. A., Kumar, R. C. and Stollery, K. R., 2003, 'Estimating Willingness to Pay for Improved Water Quality in the Presence of Item Nonresponse Bias', *American Journal of Agricultural Economics* 85 (2), pp. 414-428.
- Carrin, G., 1987, 'Community Financing of Drugs in Sub Saharan Africa', *International Journal of Health Planning and Management* 2, pp. 125-145.

- Chabot, J., Boal, M. and Da Silva, A., 1991, 'National Community Health Insurance at Village Level: The Case of Guinea Bissau', *Health Policy and Planning* 6 (1), pp. 46-54.
- Creese, A., Bennett, S., 1997, 'Rural Risk-Sharing Strategies in Health', Paper presented to an International Conference sponsored by the World Bank, *Innovations in Health Care Financing*, March 10-11, Washington D.C.
- Criel, B., 1998, *District-based Health Insurance in sub-Saharan Africa*, Parts I and II: *Studies in Health Services Organization and Policy*, Antwerpen.
- Criel, B., Van der Stuyft, P., Van Lerberghe, W., 1999, 'The Bwamanda Hospital Insurance Scheme: Effective for Whom? A Study of its Impact on Hospital Utilization Patterns', *Social Science and Medicine* 48, pp. 897-911.
- De Bethume, X., Alfani, S. and Lahaye, J. P., 1989, 'The Influence of an Abrupt Price Increase on Health Service Utilization: evidence from Zaire' *Health Policy and Planning* 4 (1), pp. 76-81.
- De Ferranti, D., 1985, 'Paying for Health Services in Developing Countries, An Overview' *World Bank Staff Working Paper*, No. 721.
- Diamond, P. A. and Jerry, A. H., 1994, 'Contingent Valuation: Is Some Number Better than No Number?', *Journal of Economic Perspectives* 8(4), pp. 45-64.
- Diop, F. P., 1994, 'Evaluation of the Impact of Pilot Tests for Cost Recovery on Primary Health Care in Niger', Technical Report No. 16', Bethesda, MD: Health Financing and Sustainability (HFS) Project.
- DSCN, 2002, *Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2001: premiers résultats. Direction de la statistique et de la comptabilité nationale*, mai, Yaoundé-R.C.
- Flores, N. E. and Richard, T. C., 1997, 'The Relationship Between the Income Elasticities of Demand and Willingness to Pay', *Journal of Environment Economics and Management* 33(3), pp. 287-95.
- Frykblom, P., 1998, 'Questions in the Contingent Valuation Method – Five Essays', PhD. Thesis, Acta Universitatis Agriculturae Sueciae Agraria 100, Swedish University of Agricultural Sciences, Uppsala.
- Gilson, L., 1988, *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?*, EPC Publication No. 15, London.
- Gruat, J. V., 1990, 'Social Security Systems in Africa: Current Trends and Problems' *International Labour Review*, 129 (NE4), pp. 405-421.
- Houdégbé, J., 1998, « Rentabilité économique des politiques de conservation des aires protégées au Bénin: cas de la Zone cynégétique de la Djona ». Thèse de Doctorat en Économie rurale, Cires-Université d'Abidjan.
- Jordan, E., 1994, 'Differences in Contingent Valuation Estimates from Referendum and Checklist Questions', *Journal of Agricultural and Resource Economics*, 19 (1), pp. 115-128.
- Kahneman, D. and Knetsch, J. L., 1992, 'Valuing Public Good: The Purchase of Moral Satisfaction', *Journal of Environmental Economics and Management* 30, pp. 57-70.
- Kanbur, R., 1990, *La pauvreté et les dimensions sociales de l'ajustement structurel en Côte d'Ivoire. Les dimensions sociales de l'ajustement structurel en Afrique subsaharienne*. Document de travail No. 2. Banque Mondiale, Washington D.C.
- Kriström, B. 1993, 'Comparing Continuous and Discrete Contingent Valuation Questions', *Environmental and Resource Economics* 3, pp. 63-71.

- Kutzin, J., Barnum, H., 1992, 'Institutional Features of Health Insurance Programs and their Effects on Developing Country Health Systems', *International Journal of health Planning and Management* 7, pp. 51-72.
- Li, C.-Z. and Fredman, P., 1994, 'On Reconciliation of the Discrete Choice and Open-Ended Responses in Contingent Valuation Experiments', in Li, C.-Z., *Welfare Evaluations in Contingent Valuation – An Econometric Analysis*. PhD Thesis, Umea Economic Studies No. 341, Department of Economics, Umea University.
- Mills, A., 1983, 'Economics Aspects of Health Insurance', in: K., Lee, A., Mills Eds., *Health Economics in Developing Countries*, Oxford University Press.
- Ministry of Public Health, 1997, National Health Management Information System: Annual Activity Report, Yaoundé. R.C.
- Mitchell, R. C. and Carson, R. T., 1986, *Using Surveys to Value Public Goods: Contingent Valuation Method*, Washington D.C.
- Mitchell, R. C. and Carson, R. T. 1989, *Using Surveys to Value Public Goods: The Contingent Valuation Method. Resources for the Future*, Washington D.C.
- Munasinghe, M., 1996, *Environmental Economics and Sustainable Development*. World Bank Environmental Paper No. 3, Washington D. C.
- N'guessan Coffie, F. J., 1997, 'Estimation de la demande des soins de santé antipaludéens et des Méthodes Préventives en Milieu Rural Ivoirien: le cas des villages de Memni et Montezo'. Thèse de Doctorat en Economie rurale. Cires-Université d'Abidjan.
- Neill, H. R., Cummings, R. G., Ganderton, P. T., Harrison, G. W. and MacGuckin, T., 1994, 'Hypothetical Surveys and Real Economic Commitments', *Land Economics* 70, pp. 145-154.
- Noterman, J. P., Criel, B., Kegels, G. and Isu, K., 1995, 'A Prepayment Scheme for Hospital Care in the Masisi District in Zaire: A Critical Evaluation', *Social Science and Medicine* 40 (NE7), pp. 919-930.
- Qaim, M. and De Janvry, A., 2003, 'Genetically Modified Crops, Corporate Pricing Strategies, and farmers' adoption: the case of BT cotton in Argentina', *American Journal of Agricultural Economics* 85 (4), pp. 814-828.
- Randall, A., Hoehn, J. P. and Tolley, G. S., 1981, 'The Structure of Contingent Markets: Some Results of a Recent Experiment', Paper presented at the American Economic Association annual meeting, Washington D. C.
- Republic of Cameroon, 2000, *Interim Poverty Reduction Strategy Paper*, Cameroon, August 23.
- Schneider, P., Diop, F. P. and Bucyana, S., 2000, *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda*. Technical Report No. 45, Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform (PHR) Project.
- Shepard, D., Vian, T., Kleinau, E. F., 1990, *Health Insurance in Zaire. Policy, Research and External Affairs Working Papers*, WPS 489, Africa Technical Department, The World Bank. Washington.
- Shepard, D. S. et al., 1998, 'Household Participation in Financing of Health Care at Government Health Centers in Rwanda', in A., Mills and L., Gilson, 1998, *Health Economics for Developing Countries*, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

- Tshinko, B. L., Constandriopoulos, A. P. et Fournier, P., 1995, « Plan de paiement anticipé des soins de santé de Bwamanda (Zaïre). Comment a-t-il été mis en place », *Social Science and Medicine* 40 (8), 1041-1052.
- Vogel, R. J., 1990a, 'An Analysis of Three National Health Insurance Proposals in Sub-Saharan Africa', *International Journal of Health Planning and Management* 5, pp. 271-285.
- Vogel, R. J., 1990b, *Health Insurance in Sub-Saharan Africa: A Survey and Analysis*. Policy, Research and External Affairs Working Papers, WPS 476, Africa Technical Department, The World Bank, Washington.
- Waddington, C. J., Enyimayew, K. A., 1989, 'A Price to Pay. Part 1: the Impact of User Charges in Ashanti-Akim District, Ghana', *International Journal of Health Planning and Management* 5, pp. 287-312.
- Wasikama, T. M. C., 1998, « Utilisation alternative des terres: une analyse économique de la préservation des forêts tropicales primaires (cas du Parc national de Taï, sud-ouest de la Côte d'Ivoire) ». Thèse de Doctorat en Economie Rurale, Cires-Université d'Abidjan.
- Whittington, D., Briscoe, J., Mu, X., Barron, W., 1990, 'Estimating the Willingness to Pay for Water Services in Developing Countries: A Case Study of Contingent Valuation Surveys in Southern Haiti', *Economic Development and Cultural Change*.
- Whittington, D. 1998, 'Administering Contingent Valuation Surveys in Developing Countries', *World Development* 26, pp. 21-30.
- World Bank, 1993, *Report of the World Bank Africa Technical Department: Better Health in Africa, Human Resources and Poverty Division*, The World Bank, Washington.
- World Bank, 1987, *Financing the Health Sector: An Agenda for Reform*. The World Bank, Washington.
- World Health Organization, 1993, *Planning and Implementing Health Insurance in Developing Countries: Guiding Principles*, Macroeconomics, Health and Development Series.