NOTE TECHNIQUE 37-F

SCHEMAS D'UTILISATION DES SOINS DE SANTE ANALYSES COMPARATIVES ENQUETE MENAGE SUR LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE ARRONDISSEMENTS DE BOBOYE, ILLELA ET SAY NIGER, OCTOBRE-DECEMBRE 1993

TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS DANS LE SECTEUR NON-HOSPITALIER

Présenté à:

Ministère de la Santé Publique
Direction des Etudes et de la Programmation et
Bureau Central de Suivi
et
Division de la réforme sectorielle et des politiques
Office de la santé et de la nutrition
Centre de la population, de la santé, et de la nutrition
Bureau des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche
Agence pour le développement international

Par:
François P. Diop, Ph.D.
Abt Associates, Inc.

MAI 1994

PROJET FINANCEMENT ET PERENNISATION DES SOINS DE SANTE
(Health Financing and Sustainability (HFS) Project)

Abt Associates Inc., Maître d'oeuvre
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland, 20814 USA

The Urban Institute, Sous-traitant
Management Sciences for Health, Subcontractor

AID Contract No. DPE-5974-Z-00-9026-00

ABRÉGÉ

Le rapport présente des analyses descriptives sur les changements intervenus dans la demande des soins de santé suite à l'introduction de deux modes de recouvrement des coûts en mai 1993 dans le cadre des tests pilotes dans le secteur non-hospitalier au Niger. Sur la base des données de l'enquête de base, réalisée en octobre-décembre 1992, et de l'enquête finale, réalisée en octobre-décembre 1993, le rapport présente le résultats d'analyses comparatives portant sur l'auto-médication, l'utilisation des formations sanitaires publiques, et les dépenses liées à la maladie. La volonté et l'habilité de payer pour financer les améliorations de la qualité des soins que les populations des deux districts, où sont testés les deux modes de recouvrement des coûts, ont vécues durant les premiers six mois des tests pilotes sont discutées.

L'introduction des paiements et l'amélioration de la qualité des soins de santé se sont traduites par des économies pour les ménages des districts test dans le cadre du traitement de la maladie parallélement à une augmentation de la quantité et de la qualité des soins reçues dans les formations sanitaires publiques. Ce resultat est cohérent avec la forte volonté de payer des populations pour financer les améliorations de la qualité des soins des formations sanitaires publiques. Dans ce cadre, cependant, les populations ont déclaré une forte préférence pour un mode de paiement utilisant une taxe annuelle comparé au mode de paiement direct, car selon leur point de vue largement partagé, ce mode indirect de paiement est plus facile à financer.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX i

LISTE DES FIGURES v

RÉSUMÉ viii

1.0 INTRODUCTION 1
1.1 CADRE GÉNÉRAL 1
1.2 OBJECTIF ET ORGANISATION DU RAPPORT 3

2.0 MÉTHODOLOGIE DES ENQUÊTES 7
2.1 OBJECTIFS ET MÉTHODES: UN RÉSUMÉ 7
2.2 ORGANISATION DE L'ENQUÊTE FINALE 10
2.2.1 Collecte des données 10
2.2.2 Traitement des données 11
2.3 INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON 12

3.0 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON 18
3.1 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES 18
3.2 CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES 23

4.0 SOINS CURATIFS: DECISION DE CHERCHER DES SOINS 32
4.1 PERCEPTION DE LA MALADIE 32
4.2 SYMPTÔMES 34
4.3 DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS 37

5.0 PRÉVALENCE DES SOINS À LA MAISON 42
5.1 MÉDICAMENTS À LA MAISON 42
5.2 ACHAT DE MÉDICAMENTS 47
5.3 SOURCES D'ACHAT DES MÉDICAMENTS 50

6.0 UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES 61
6.1 NIVEAUX D'UTILISATION 61
6.2 DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS 72
6.3 PRÉVALENCE DES PAIEMENTS 76

7.0 DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE 80
7.1 MOYENNES DES DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE 80

7.2 DÉPENSES DES PATIENTS DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES 88
7.2.1 Variation entre les arrondissements 88
7.2.2 Variation selon la proximité des formations sanitaires 95
7.2.3 Variation selon le revenu 100
7.3 INCIDENCE DES DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE 104

8.0 PAIEMENT DES SOINS 109
8.1 VOLONTÉ DE PAYER 109
8.2 MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES ET ATTITUDES 114

9.0 CONCLUSION 135

ANNEXES: 144

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE PAIEMENT DES SOINS 146

ANNEXE 2: TABLEAUX SUPPLEMENTAIRES (ENQUÊTE DE BASE ET FINALE) 153

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 2.1	Administration des questionnaires dans les enquêtes aupres des menages	9
TABLEAU 2.2	Calendrier des activités de l'enquête de base et de l'enquête finale	13
TABLEAU 2.3a	Information sur l'echantillon nombre de grappes, nombre de ménages, et nombre d'individus enquêtes par arrondissement	14
TABLEAU 2.3b	Information sur l'echantillon nombre d'individus éligibles pour les interviews individuelles et nombre d'interviews individuelles complétées par arrondissement	15
TABLEAU 2.3c	Echantillon des enquêtes aupres des menages: nombre de ménages enquêtés et nombre d'individus enquêtés dans l'enquête de base et l'enquête finale	17
TABLEAU 3.1a	Distribution des ménages selon les caractéristiques socio-démographiques du chef de ménage par arrondissement (ménages enquêtés)	19
TABLEAU 3.1b	Caractéristiques socio-économiques des ménages par arrondissement (ménages enquêtés)	21
TABLEAU 3.2a	Distribution de l'echantillon selon l'age, le groupe ethnique, et le sexe par arrondissement: (résidents présents et visiteurs)	25
TABLEAU 3.2b	Proportion d'individus ayant fréquenté l'ecole moderne selon quelques caractéristiques socio-économiques (résidents présents et visiteurs agés de 6 ans de plus)	27
TABLEAU 3.2c	Distribution cumulee (%) des individus selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche: par groupe de revenus et par arrondissement (résidents présents et visiteurs)	30
TABLEAU 4.1	Perception de la maladie: proportion d'individus ayant déclaré être malade durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques sociales, démographiques et économiques (résidents présents et visiteurs)	33
TABLEAU 4.2a	Symptômes: proportion d'individus ayant déclaré avoir eu un symptôme donné durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés)	35
TABLEAU 4.2b	Symptômes: proportion d'individus ayant declaré avoir eu un symptôme donné durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus par arrondissement (malades enquêtés)	36
TABLEAU 4.3a	Decision de chercher des soins: proportion d'individus ayant declaré avoir utilisé des soins quelconques durnat les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés)	38
TABLEAU 4.3b	Decision de chercher des soins: proportion d'individus ayant declaré avoir utilisé des soins quelconques durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques économiques du ménage par arrondissement (malades enquêtés)	39
TABLEAU 4.3c	Decision de chercher des soins: proportion d'individus ayant declaré avoir utilisé des soins quelconques durnat les deux semaines précédant l'interview selon la gravité de la maladie par arrondissement (malades enquêtés)	41
TABLEAU 5.1a	Soins à la maison: proportion d'individus ayant declaré avoir utilisé des médicaments à la maison avant toute visite à une formation sanitaire donnée durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés)	43
TABLEAU 5.2a	Soins à la maison: proportion d'individus ayant declaré avoir acheté des médicaments avant toute visite à une formation sanitaire donnée durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés)	48

TABLEAU 5.3 Soins à la maison: distribution (%) des malades ayant acheté des médicaments avant toute visite à une formation sanitaire donnée selon la source d'approvisionnement et quelques caractéristiques économiques du ménage par arrondissement (malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une FS) 55
TABLEAU 6.0 Soins hors de la maison: proportion (%) de malades ayant cherché des soins hors de la maison selon le type de soins choisis en premier lieu par arrondissement (malades enquêtés) 62
TABLEAU 7.1a Dépenses monétaires liées à la maladie (CFA F): Tous soins moyenne des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés) 81
TABLEAU 7.1b Dépenses monétaires liées à la maladie (CFA F): Tous soins moyenne des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (malades enquêtés) 83
TABLEAU 8.1a Volonté de payer pour l'amelioration des soins de santé: proportion (%) d'individus qui déclarent être prêt à toujours payer ou à payer plus que le tarif actuel selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 110
TABLEAU 8.1b Volonté de payer pour l'amelioration des soins de santé: proportion (%) d'individus qui déclarent être prêt à toujours payer ou à payer plus que le tarif actuel selon quelques caractéristiques économiques par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 111
TABLEAU 8.1c Volonté de payer pour l'amelioration des soins de santé montant moyen (CFA F) que les individus déclarent être prêt à payer afin de garantir la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques selon quelques caractéristiques socio-démographiques par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 115
TABLEAU 8.1d Volonté de payer pour l'amelioration des soins de santé montant moyen (CFA F) que les individus déclarent être prêt à payer afin de garantir la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques selon quelques caractéristiques économiques par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 116
TABLEAU 8.2a Mode de paiement: preferences mode de paiement préféré par les répondants parmi quelques groupes socio-démographiques et par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 117
TABLEAU 8.2b Mode de paiement: preferences mode de paiement préféré par les répondants parmi quelques groupes socio-économiques et par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus) 118
TABLEAU 8.2c Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement direct n'est pas préféré parmi quelques groupes socio-démographiques dans **l'Arrondissement de Say** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 121
TABLEAU 8.2d Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement direct n'est pas préféré parmi quelques groupes socio-démographiques dans **l'Arrondissement de Boboye** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 122
TABLEAU 8.2e Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement direct n'est pas préféré parmi quelques groupes socio-économiques dans **l'Arrondissement de Say** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 123

TABLEAU 8.2f Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement direct n'est pas préféré parmi quelques groupes socio-économiques dans **l'Arrondissement de Boboye** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 124
TABLEAU 8.2g Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement indirect est préféré parmi quelques groupes socio-démographiques dans **l'Arrondissement de Say** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 127
TABLEAU 8.2h Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement indirect est préféré parmi quelques groupes socio-démographiques dans **l'Arrondissement de Boboye** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 128
TABLEAU 8.2i Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement indirect est préféré parmi quelques groupes socio-économiques dans **l'Arrondissement de Say** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 129
TABLEAU 8.2j Mode de paiement: préférences: distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement indirect est préféré parmi quelques groupes socio-économiques dans **l'Arrondissement de Boboye** (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 130
TABLEAU 8.2k Mode de paiement indirect: proportion (%) de répondants qui sont prêts à payer plus de 200 F/AN et montant moyen (CFA F) que les répondants sont prêts à payer par an parmi quelques groupes socio-démographiques et par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 131
TABLEAU 8.2l Mode de paiement indirect: proportion (%) de répondants qui sont prêt à payer plus de 200 F/AN et montant moyen (CFA F) que les répondants sont prêt à payer par an parmi quelques groupes socio-économiques et par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le mode de paiement indirect) 132

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1.2 Calendrier des interventions et des activités d'evaluation des tests pilotes de recouvrement des coûts: 1992-1994 6
FIGURE 3.1a Depenses monetaires mensuelles par tête des ménages: Resume 22
FIGURE 3.1b Dépenses monetaires mensuelles par tête des ménages: enquête de base et enquête finale (moyennes) 24
FIGURE 3.2a Proportion de femmes ayant frequente l'ecole moderne: enquête de base et enquête finale (femmes agées de 6 ans et plus) 28
FIGURE 3.2b Proportion de residents présents et visiteurs residant a moins d'une heure, 2 ou 3 heures de marche d'une formation sanitaire publique par arrondissement 29
FIGURE 5.1a Proportion de malades ayant utilisé des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire selon le temps de marche à la formation publique 44
FIGURE 5.1b Proportion de malades ayant utilisé des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire selon le groupe de revenus 45
FIGURE 5.1c Proportion de malades ayant utilisé des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire dans l'enquête de base et l'enquête finale 46
FIGURE 5.2a Proportion de malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire selon le temps de marche à la formation publique 49
FIGURE 5.2b Proportion de malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire selon le groupe de revenus 51
FIGURE 5.2c Proportion de malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire dans l'enquête de base et l'enquête finale 52
FIGURE 5.2d Proportion de malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire dans l'enquête de base et l'enquête finale 53
FIGURE 5.3a Distribution (%) des malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire selon la source d'approvisionnement et le temps de marche à la formation publique la plus proche 56
FIGURE 5.3b Distribution (%) des malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire selon la source d'approvisionnement selon le groupe de revenus 58
FIGURE 5.3c Distribution (%) des malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire selon la source d'approvisionnement dans l'enquête de base et l'enquête finale 59
FIGURE 6.1a Proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview dans l'enquête de base et l'enquête finale 63
FIGURE 6.1b Arrondissement d'Illela: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche 65
FIGURE 6.1c Arrondissement de Say: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche 66
FIGURE 6.1d Arrondissement de Boboye: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche 67
FIGURE 6.1e Arrondissement d'Illela: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview parmi les groupes de revenus, enquête de base et enquête finale 69
FIGURE 6.1f Arrondissement de Say: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview parmi les groupes de revenus, enquête de base et enquête finale 70
FIGURE 6.1g Arrondissement de Boboye: proportion de malades ayant visite une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview parmi les groupes de revenus, enquête de base et enquête finale 71

FIGURE 6.2a Distribution (%) des malades ayant utilisé une formation sanitaire publique selon le nombre de visites dans l'enquête de base et l'enquête finale 73
FIGURE 6.2b Distribution (%) des malades ayant utilisé une formation sanitaire publique selon la perception de la disponibilité des médicaments dans l'enquête de base et l'enquête finale 75
FIGURE 6.2c Proportion de malades ayant été prescrits une ordonnance parmi les malades ayant visite une formation publique dans l'enquête de base et l'enquête finale 77
FIGURE 6.3 Prevalence des paiements pour le traitement au niveau des formations sanitaires publiques parmi les malades ayant visite une formation publique dand l'enquête de base et l'enquête finale 78
FIGURE 7.1a Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview dans l'enquête de base et l'enquête finale 84
FIGURE 7.1b Arrondissement d'Illela: Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche (malades enquêtés) 85
FIGURE 7.1c Arrondissement de Say: Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche (malades enquêtés) 86
FIGURE 7.1d Arrondissement de Boboye: Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche (malades enquêtés) 87
FIGURE 7.1e Arrondissement d'Illela: Moyennes des dépensesmonétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus dans l'enquête de base et l'enquête finale (malades enquêtés) 89
FIGURE 7.1f Arrondissement de Say: Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus dans l'enquête de base et l'enquête finale (malades enquêtés) 90
FIGURE 7.1g Arrondissement de Boboye: Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus dans l'enquête de base et l'enquête finale (malades enquêtés) 91
FIGURE 7.2a Moyennes des dépenses monétaires liées à la maladie durant les deux semaines précédant l'interview dans l'enquête de base et l'enquête finale (malades ayant utilisé une formation sanitaire publique) 92
FIGURE 7.2b Dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview (enquête de base) 93
FIGURE 7.2c Dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview (enquête finale) 94
FIGURE 7.2d Arrondissement d'Illela: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation publique 96
FIGURE 7.2e Arrondissement de Say: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation publique 97
FIGURE 7.2f Arrondissement de Boboye: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le temps de marche à la formation publique 98
FIGURE 7.2g Arrondissement d'Illela: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus 101
FIGURE 7.2h Arrondissement de Say: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le groupe de revenus 102
FIGURE 7.2i Arrondissement de Boboye: dépenses liées à la maladie parmi les malades ayant utilisé une formation sanitaire publique durant les deux semaines précédant l'interview selon le gropupe de revenus 103

FIGURE 7.3a Arrondissement d'Illela: incidence des dépenses liées à la maladie (%) sur les dépenses monétaires mensuelles du ménage, enquête de base et enquête finale (ménages enquêtés) 105
FIGURE 7.3b Arrondissement de Say: incidence des dépenses liées à la maladie (%) sur les dépenses monétaires mensuelles du ménage, enquête de base et enquête finale (ménages enquêtés) 106
FIGURE 7.3c Arrondissement de Boboye: incidence des dépenses liées à la maladie (%) sur les dépenses monétaires mensuelles du ménage, enquête de base et enquête finale (ménages enquêtés) 107
FIGURE 8.1a Paiement des soins: proportion d'individus qui sont prêts à toujours payer le tarif actuel et proportion d'individus qui sont prêts à payer plus, arrondissement de Say (individus agés de 15 ans et plus) 112
FIGURE 8.1b Paiement des soins: proportion d'individus qui sont prêt à toujours payer le tarif actuel et proportion d'individus qui sont prêt à payer plus, arrondissement de Boboye (individus agés de 15 ans et plus) 113
FIGURE 8.2a Distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement direct n'est pas préféré 120
FIGURE 8.2b Distribution (%) des répondants qui préférent le mode de paiement indirect selon la raison pour laquelle le mode de paiement indirect est préféré 125
FIGURE 8.2c Mode de paiement indirect: proportion (%) d'individus qui déclarent être prêt à payer plus de 200 F/AN par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le paiement indirect) 133
FIGURE 8.2d Mode de paiement indirect: moyennes des montants (CFA F) que les individus déclarent être prêt à cotiser par an par arrondissement (individus agés de 15 ans et plus qui préférent le paiement indirect) 134

RÉSUMÉ

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est engagé depuis avril 1992 dans la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Les tests pilotes sont mis en oeuvre par le Bureau Central de Suivi, une nouvelle unité institutionnelle rattachée administrativement à la Direction des Etudes et de la Programmation. Dans ce cadre, le MSP est fort de l'assistance technique du Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS), et du soutien financier de l'USAID et de la Banque Mondiale. L'objectif des tests pilotes est de fournir des informations au MSP sur les avantages et les inconvenients de modes alternatifs de paiement afin d'informer le choix d'un mode de paiement dans le cadre de la formulation d'une politique de financement des soins de santé dans le secteur non-hospitalier.

Les instruments d'évaluation des tests pilotes sont constitués de deux composantes. La première composante comprend la réalisation de deux enquêtes auprès des ménages: une enquête de base et une enquête finale. La deuxième composante inclut la collecte des données des formations sanitaires publiques afin de mesurer leurs activités, la consommation de médicaments, les recettes du recouvrement des coûts, et les coûts administratifs incrémentiels de l'introduction du recouvrement des coûts.

Les objectifs des enquêtes auprès des ménages sont de fournir des informations sur la demande des soins de santé des ménages avant et après l'introduction du recouvrement des coûts. L'aire d'étude des enquêtes auprès des ménages comprend d'une part l'arrondissement test de Boboye où le mode de paiement indirect est testé, l'arrondissement test de Say où le mode de paiement direct est testé, et d'autre part l'arrondissement d'Illéla qui est observé comme contrôle.

L'enquête de base et l'enquête finale ont été réalisées dans les mêmes grappes, avec les mêmes instruments de collecte, et durant la même période de l'année afin de permettre la comparaison de la demande des soins avant et après la mise en place des interventions des tests pilotes dans les formations sanitaires publiques dans les arrondissements test. L'enquête de base a été réalisée en octobre-décembre 1992, avant le démarrage du recouvrement des coûts; l'enquête finale a été réalisée en octobre-décembre 1993, soit un semestre après le démarrage des paiements au niveau des formations sanitaires test en mai 1993. L'enquête de base et l'enquête finale ont complété l'interview sur les soins de santé curatifs parmi respectivement 2.800 et 2.700 individus ayant déclaré avoir été malade durant les deux semaines précédant l'interview. Par ailleurs, 4.000 interviews d'individus âgés de 15 ans et plus portant sur le paiement des soins ont été complétées dans les arrondissements test de Boboye et de Say dans le cadre de l'enquête finale. Les objectifs du présent rapport sont de présenter les schémas d'utilisation des soins de santé six mois après le démarrage des paiements des soins, et de comparer les comportements de la demande des soins avant et après le démarrage du recouvrement des coûts.

Les données des deux enquêtes supportent que l'utilisation de médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire publique est un phénomène très prévalent dans les trois arrondissements. La propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté dans les arrondissements test de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla où elle est restée au même niveau avant et après le démarrage des tests. A l'intérieur des trois arrondissements, cependant, la propension d'acheter des médicaments a relativement baissé dans les villages sites des formations sanitaires publiques; par contre, hors des villages sites des formations sanitaires dans les arrondissements test, la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté.

Entre l'enquête de base et l'enquête finale, la part de malades qui achètent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques a baissé de plus de moitié dans les trois arrondissements. La prévalence de cette baisse dans l'arrondissement contrôle d'Illéla supporte qu'elle n'est pas liée uniquement aux effets de l'introduction du recouvrement des coûts dans les arrondissements test.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla et l'arrondissement test de Say, la part des malades qui achètent les médicaments auprès du marché informel a augmenté comparée à la part des malades qui achètent les médicaments auprès des secouristes: cet accroissement de la part du marché informel comme source d'achat

de médicaments a affecté invariablement les groupes socio-économiques dans les deux arrondissements. Par contre, la part des malades qui achètent les médicaments auprès du marché informel a baissé comparée à la part des malades qui achètent les médicaments auprès des secouristes dans l'arrondissement test de Boboye.

Les données des enquêtes confirment les résultats observés sur la base des données des formations sanitaires. En moyenne, la proportion de malades qui utilisent les formations sanitaires publiques a progressé dans l'arrondissement de Boboye; dans l'arrondissement de Say, l'utilisation a légèrement baissé; et dans l'arrondissement d'Illéla, l'utilisation a baissé durant la période des tests.

La baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla a affecté invariablement les groupes démographiques. Dans l'arrondissement test de Say, les mêmes niveaux d'utilisation sont observés parmi les enfants et les femmes entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les femmes et les enfants de moins de cinq ans a progressé de 32 pour cent.

L'utilisation des formations sanitaires publiques est plus sensible par rapport au temps d'accès aux formations sanitaires comparée à la sensibilité de l'utilisation par rapport aux modes de paiement et tarifs administrés aux niveaux des formations sanitaires pour accéder aux soins. En effet, le schéma le plus marquant à travers les trois arrondissements est la baisse brutale de l'utilisation des formations sanitaires publiques au-delà d'une heure de marche des dites formations: le même schéma est reproduit dans l'enquête de base et dans l'enquête finale. En d'autres termes, la contrainte principale pour accéder aux formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements reste la contrainte physique et les coûts d'opportunité pour se rendre aux dites formations.

L'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla a baissé aux niveaux des populations résidant à proximité des formations sanitaires; au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée aux très faibles niveaux observés avant le démarrage des tests. Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant à moins d'une heure de marche a légèrement baissée d'un niveau élevé de 45 pour cent avant le démarrage du paiement des soins à 37 pour cent après le démarrage du paiement des soins. Parmi les malades résidant au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation a légèrement augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Dans l'arrondissement test de Boboye, l'augmentation de l'utilisation des formations sanitaires publiques a affecté non seulement les malades résidant à moins d'une heure de marche, mais aussi les malades provenant de villages situés à moins de trois heures de marche des formations sanitaires publiques. Au-delà de 3 heures de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée faible aux niveaux observées avant le démarrage des tests. Il ne semble pas que le paiement du ticket de 50 FCFA à l'épisode dans le cadre du paiement indirect, administré dans l'arrondissement de Boboye, ait pu modérer l'utilisation des formations sanitaires publiques parmi les résidents des villages situés à proximité des formations sanitaires publiques.

La baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla entre l'enquête de base et l'enquête finale a affecté invariablement tous les groupes de revenus. Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques a baissé parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus aisés entre l'enquête de base et l'enquête finale; une baisse similaire est observée parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres. Par contre, dans les groupes de revenus intermédiaires, l'utilisation a nettement progressé entre les deux enquêtes. Dans l'arrondissement de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques est resté aux mêmes niveaux entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les malades appartenant aux groupes de revenus intermédiaires. Par contre, l'utilisation a nettement progressé parmi les malades appartenant aux groupes de revenus les plus aisés entre les deux enquêtes. Parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres, l'utilisation des formations sanitaires publiques a doublé entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Durant les deux semaines précédant l'interview, les événements de dépenses liées à la maladie ont été générés par les soins à la maison et les visites aux formations sanitaires publiques. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les malades ont dépensé en moyenne 250 FCFA pour remédier à la maladie dans l'enquête finale; dans l'arrondissement test de Say, les malades ont dépensé en moyenne 210 FCFA; et dans

l'arrondissement test de Boboye, 230 FCFA en moyenne. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses liées à l'utilisation des formations sanitaires publiques constituent 64 pour cent des dépenses liées à la maladie; par contre, dans les arrondissements test, environ 70 pour cent des dépenses liées à la maladie ont été effectuées dans le cadre des soins à la maison.

Les dépenses engagées durant les deux semaines précédant l'interview par les patients des formations sanitaires publiques ont connu des évolutions variables entre les trois arrondissements. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques sont restées au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale: elles s'élevaient respectivement à 1.700 FCFA et à 1.800 FCFA. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques ont baissé de 1.040 FCFA dans l'enquête de base à 610 FCFA dans l'enquête finale: soit une baisse de 41 pour cent. Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses ont baissé de 1.030 FCFA dans l'enquête de base à 540 dans l'enquête finale: soit une baisse de 48 pour cent.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses liées à la maladie ont augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients résidant au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques. Par contre, elles ont baissé parmi les patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires: cette baisse est liée essentiellement à la réduction des dépenses en médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques avant toute visite à une formation sanitaire; en effet, les dépenses liées au traitement aux niveaux des formations sanitaires ont augmenté entre les deux périodes.

Dans les arrondissements test de Say et de Boboye, les dépenses des patients des formations sanitaires publiques ont baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale quelque soit leur village de résidence: la baisse est liée à la chute des dépenses liées aux soins dans les formations sanitaires. La baisse a été relativement accentuée dans l'arrondissement test de Boboye par la réduction des dépenses en médicaments avant la visite à une formation sanitaire.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées dans le cadre des soins auprès des formations sanitaires publiques n'ont augmenté que de 38 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients provenant des menages les plus pauvres; par ailleurs, elles ont augmenté de plus de 100 pour cent parmi les patients provenant des ménages les plus aisés. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses engagés par les patients provenant des ménages les plus pauvres ont augmenté de 82 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; à l'autre extrême, les dépenses engagées par les patients provenant des ménages les plus aisés ont baissé de 44 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Cette baisse est due essentiellement à la réduction des dépenses de traitement auprès des formations sanitaires publiques qui ont baissé en moyenne de 70 pour cent. Dans l'arrondissement test de Boboye, la baisse des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques est observée à travers tous les groupes de revenus: parmi les patients des groupes de revenus les plus faibles, les dépenses ont baissé de 64 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; parmi les patients des groupes de revenus les plus aisés, les dépenses ont baissé de 42 pour cent.

L'incidence des dépenses liées à la maladie dans les dépenses monétaires mensuelles des ménages est restée approximativement au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les ménages de l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans l'arrondissement test de Say, l'incidence des dépenses liées à la maladie est restée au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les 40 pour cent des ménages les plus pauvres; parmi les groupes de revenus intermédiaires, l'incidence des dépenses liées à la maladie a augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale; enfin, parmi les 30 pour cent des ménages les plus aisés, l'incidence des dépenses liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement test de Boboye, où est administré le paiement indirect, l'incidence des paiements directs liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale à l'exception des 20 pour cent des ménages les plus pauvres. Il est remarquable que dans l'arrondissement test de Boboye, l'incidence du paiement de la taxe par tous les individus âgés de 18 ans et plus est d'autant plus élevée plus le ménage est pauvre.

La volonté de payer aux niveaux des formations sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments est très élevée: la proportion des individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être prêts à toujours payer pour garantir la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires s'élève à environ 90 pour cent dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. Dans l'arrondissement test de

Say, environ 66 pour cent des répondants déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel de 200 FCFA par épisode. Dans l'arrondissement test de Boboye, environ 62 pour cent des répondants déclarent être prêts à payer plus que le montant actuel du ticket modérateur de 50 FCFA par épisode.

Dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say, la quasi-totalité des individus âgés de 15 ans et plus déclarent préférer le mode de paiement indirect au mode de paiement direct: environ 84 pour cent des répondants déclarent préférer le mode de paiement indirect contre 6 à 8 pour cent qui préfèrent le mode de paiement direct dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. La majorité des répondants des deux arrondissements déclarent ne pas préfèrer le mode de paiement direct soit parce qu'ils manquent de moyens, soit parce qu'ils trouvent difficile d'avoir 200 FCFA à chaque maladie. Par ailleurs, ils préfèrent le mode de paiement indirect parce qu'ils trouvent qu'il coûte moins cher ou parce qu'ils jugent qu'il leur ait facile d'avoir 200 FCFA par an.

1.0 INTRODUCTION

1.1 CADRE GÉNÉRAL

Au lendemain des indépendances, confiant que leurs économies s'engageaient dans un processus de croissance durable, plusieurs pays africains ont fondé leur système de santé publique sur le principe de la gratuité des soins. Les limites de ce principe ont été cependant révélées dès les années 80s avec l'approfondissement de la crise économique qui a prévalu dans plusieurs pays du continent, dont le Niger. L'ajustement, assisté ou non, face à la crise fiscale et sa transmission au niveau de la prestation des services de santé publique à travers l'érosion des dotations réelles en médicaments se sont traduits par une détérioration de la qualité des soins de santé du secteur publique. Par ailleurs, l'environnement de la prestation des soins mis en place sur la base du principe de la gratuité des soins a résulté en une contradiction où non seulement les plus pauvres ont un accès limité au système de santé, mais aussi les ménages privés qui ont accès aux services de santé dépensent des sommes importantes d'argent dans l'achat des médicaments pour remédier à la maladie.

Au Niger, une enquête nationale sur l'utilisation des services de santé, réalisée en 1987 par la cellule de planification du Ministère de la Santé Publique (MSP), révélait que les malades dépensaient des sommes importantes d'argent dans le transport et l'achat des médicaments pour remédier à la maladie autant dans les zones urbaines que dans les zones rurales.[1] Les résultats de la même enquête supportaient que la quasi-totalité des répondants (92 %) accepteraient de participer financièrement à la prise en charge des soins de santé.

La mobilisation et la rationalisation de l'utilisation des ressources internes dans le secteur sanitaire impliquant la participation de la population dans la prise en charge des coûts des soins de santé primaires a été envisagée ou administrée par plusieurs pays africains comme une politique alternative à la politique de la gratuité des soins: le financement communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako s'inscrit dans cette direction de reformes du financement des soins de santé primaires.

Cependant, dans le cadre de la mobilisation des ressources internes, plusieurs instruments, ou modes de paiement, peuvent être utilisés pour structurer et réglementer la participation de la population au financement des soins de santé. Ces instruments présentent des avantages et des inconvénients variables en termes de leur impact sur la viabilité, l'efficience et l'équité du système de financement et de prestation des soins à mettre en place.

Le séminaire de Kollo, organisé en novembre 1989 par le MSP, entrait dans le cadre d'un processus d'identification de modes alternatifs de paiement des soins de santé dans le secteur non-hospitalier du Niger. Suite aux recommandations du séminaire, le MSP avait envisagé de tester différents modes de paiement afin d'informer le choix d'une politique nationale de financement dans le secteur non-hospitalier. Dans ce cadre, la Direction des Etudes et de la Programmation du MSP (MSP\DEP), avec le soutien financier de l'USAID et l'assistance technique de Abt Associates Inc., a préparé la méthodologie des tests pilotes. Plusieurs directions du MSP, le Ministère des Finances et du Plan, et le Ministère de l'Intérieur d'une part, plusieurs partenaires extérieurs du MSP d'autre part, ont participé à la préparation et à l'orientation politique des tests pilotes dans le cadre du comité de pilotage des tests pilotes de recouvrement des coûts mis en place par le MSP depuis 1991.

Le MSP est engagé depuis avril 1992 dans la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Une unité institutionnelle a été mise en place au niveau central pour suivre et mettre en oeuvre les tests pilotes, le Bureau Central de Suivi (BCS), rattachée administrative à la MSP\DEP. Dans ce cadre, le MSP est fort du soutien technique du Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS), projet financé au niveau central par l'USAID et qui apporte d'importantes ressources institutionnelles à la réalisation des tests.

[1] Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales (1987), *Enquête Nationale sur l'Utilisation des Services de Santé.* Cellule de Planification—Projet Tulane: (Septembre).

Les tests pilotes ont démarré dans un environnement politique en pleine transition marquant le passage d'une ère d'exception à une ère démocratique. Il n'y a pas de doute que le processus des tests pilotes a bénéficié de cet environnement transitionnel marquée par l'innovation du moins dans le domaine politique. Sur le plan économique, cependant, les tests pilotes sont mis en oeuvre dans un environnement fiscal assez sévère qui n'a pas été sans effet sur le système de santé. La période de mise en oeuvre des tests a été marquée par des ruptures fréquentes de médicaments essentiels autant aux niveaux des pharmacies locales que des formations sanitaires publiques, autant de facteurs qui ont participé à l'érosion du moral des prestataires des soins et de la qualité des services. Dans cet environnement contraignant, cependant, les capacités des plusieurs circonscriptions médicales ont été augmentées, notamment dans le cadre de la prestation des services préventifs. Ainsi, l'environnement de la prestation des soins dans les arrondissements de Boboye et de Say, mis en place à travers les interventions des tests pilotes, a été une exception comparé à la situation du système de santé dans l'ensemble du pays.

Les tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier sont structurés sur les formations sanitaires publiques. Les tests sont constitués de trois composantes principales. La première composante vise à rationaliser l'utilisation des ressources et à améliorer l'efficience de la prestation des soins au niveau de la formation sanitaire. Cet objectif est poursuivi par le biais de la formation du personnel soignant des centres de santé dans l'application de stratégies plainte-traitement (SPT) standardisées et la mise en place de stocks de médicaments essentiels génériques au niveau des formations sanitaires.

La deuxième composante vise à renforcer les capacités de gestion au niveau des formations sanitaires. Un système de gestion financière et de gestion des stocks de médicaments a été mis en place au niveau de chaque formation sanitaire. Le système de gestion inclut un comité local de santé institué au niveau de chaque formation sanitaire pour assurer un contrôle externe de la gestion de la formation sanitaire.

La dernière composante vise à mobiliser des ressources au niveau local par le biais de la participation des populations au financement des soins de santé. Deux modes de paiement sont en cours de test dans ce cadre: un mode de paiement direct où l'utilisateur adulte paye un montant forfaitaire de 200 FCFA (100 FCFA par enfant) par épisode de maladie; un mode de paiement indirect dans le cadre duquel les contribuables participent 200 FCFA par an et les utilisateurs payent un ticket modérateur de 50 FCFA par adulte (25 FCFA par enfant) par épisode de maladie.

Les deux premières composantes sont mises en oeuvre dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. Concernant, la troisième composante, le mode de paiement indirect est testé dans l'arrondissement de Boboye; le mode de paiement direct est testé dans l'arrondissement de Say. Un troisième arrondissement, l'arrondissement d'Illéla, ou aucune intervention n'est engagée à l'instar du reste du pays, est observé comme contrôle. Autant que les alternatives de financement des soins de santé sont concerné, cet arrondissement représente l'alternative de la politique actuelle, celle de la gratuité des soins.

Les instruments d'évaluation des tests pilotes incluent deux composantes. La première composante inclut la réalisation de deux enquêtes auprès des ménages, une enquête de base réalisée avant le démarrage du recouvrement des coûts et une enquête finale réalisée un semestre après le démarrage. La deuxième composante inclut la collecte des données d'activités, des données sur la consommation de médicaments et les recettes des formations sanitaires, et des données sur les coûts administratifs incrémentiels de l'introduction du recouvrement des coûts.

L'enquête de base des tests a été réalisée durant la période de octobre-décembre 1992. Les agents des formations sanitaires ont été formés en stratégie plainte-traitement et en gestion entre décembre 1992 et avril 1993. Les stocks initiaux de médicaments essentiels génériques ont été mis en place en 1993; le démarrage de la perception des paiements dans les formations sanitaires de Boboye et de Say a suivi immédiatement la mise en place des médicaments. En octobre-décembre 1993, l'enquête finale a été réalisée à la même période de l'année calendrier que l'enquête de base, six mois après le démarrage du paiement des soins.

Les résultats de l'enquête de base ont fait l'objet d'un premier rapport de la recherche appliquée sur les schémas d'utilisation des soins de santé dans les arrondissements de Boboye, Illéla, et Say. Des analyses économétriques approfondies sont en cours de réalisation sur la base des données de l'enquête de base et de l'enquête finale. Un rapport intérimaire décrivant les performances financières et techniques des formations sanitaires sur la base des données des formations sanitaires dans le cadre des tests a été réalisé en décembre 1993.

1.2 OBJECTIF ET ORGANISATION DU RAPPORT

Les objectifs du présent rapport sont (i) de présenter les schémas d'utilisation des soins de santé six mois après le démarrage des paiements des soins et (ii) de comparer les comportements de la demande des soins avant et après le démarrage du recouvrement des coûts. A ce titre, le rapport est une composante des plusieurs analyses qui sont en cours de réalisation dans le cadre de l'évaluation des tests pilotes.

La suite du rapport est organisée en huit sections. La première section présente un résumé de la méthodologie des enquêtes auprès des ménages. Les caractéristiques des échantillons de l'enquête finale sont décrites dans la deuxième section.

La demande des soins de santé est un processus à séquences multiples, impliquant plusieurs décisions. Les séquences vont de la perception de la maladie, la décision d'engager un acte quelconque pour remédier à la maladie, le choix entre l'auto-médication ou le recours aux services d'un prescripteur, moderne ou traditionnel, pour remédier à la maladie. Parallèlement, ces différents choix impliquent l'engagement de ressources pour acquérir les services et produits dont la combinaison doit servir de traitement de la maladie.

Les schémas d'utilisation des soins de santé et leur évolution depuis le démarrage des tests pilotes sont décrits dans les sections 4 à 7 selon ce schéma séquentiel. La perception de la maladie, la prévalence des symptômes déclarés par les malades, et la décision de chercher des soins seront discutées dans une quatrième section. Une discussion des soins administrés à la maison (auto-médication) est présentée dans une cinquième section. La sixième section est consacrée à la description de l'utilisation des formations sanitaires publiques. Les dépenses liées à la maladie sont décrites dans une septième section. Vus les changements qui sont intervenus dans l'environnement de la prestation des soins avec l'introduction du recouvrement des coûts, une comparaison des comportements des malades basée sur les données des deux enquêtes de base et finale sera présentée au niveau de chaque section. A ce niveau de l'analyse des données, seule une analyse descriptive de la demande des soins curatifs sera présentée. Cette analyse fournira des indications sur les effets de l'introduction du recouvrement des coûts sur la demande des soins. Les implications politiques des résultats des tests pilotes, cependant, seront basées sur les conclusions des analyses multivariées en cours de réalisation.

Enfin, la huitième section présente les attitudes et préférences des populations vis à vis du paiement des soins et des modes de paiement en cours de test.

MÉTHODOLOGIE DES TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COÛTS				
COMPOSANTES	NIVEAU D'INTERVEN-TION	ARRONDISSEMENT		
		BOBOYE - INDIRECT	SAY - DIRECT	ILLELA - CONTRÔLE
I. INTERVENTIONS				
I.1 SENSIBILISATION ET MISE EN PLACE DES COMITÉS LOCA-UX DE SANTÉ	POPULATION	MÊME	MÊME	NON
I.2 FORMATION EN STRATÉGIES PLAINTE-TRAITEMENT	FORMATION SANITAIRE	MÊME	MÊME	NON
I.3 FORMATION EN GESTION FINANCIÈRE ET GESTION DES MÉDICAMENTS	FORMATION SANITAIRE	MÊME	MÊME	NON
I.4 STOCK INITIAL DE MÉDICA-MENTS	FORMATION SANITAIRE	MÊME	MÊME	NON
I.5 PAIEMENT DES SOINS	POPULATION FORMATION SANITAIRE	COTISATION: 200 FCFA\AN ADULTE: 50 FCFA\EPISODE ENFANT: 25 FCFA\EPISODE	 ADULTE: 200 FCFA\EPISODE ENFANT: 100 FCFA\EPISODE	NON
II. EVALUATION				
II.1 ENQUÊTE DE BASE	POPULATION	MÊME	MÊME	MÊME
II.2 ENQUÊTE FINALE	POPULATION	MÊME	MÊME	MÊME
II.3 DONNÉES DES FORMATIONS SANITAIRES	FORMATION SANITAIRE	MÊME	MÊME	MÊME

TABLEAU 2.2
CALENDRIER DES ACTIVITÉS DE L'ENQUÊTE DE BASE ET DE L'ENQUÊTE FINALE

ACTIVITÉS	ENQUÊTE DE BASE		ENQUÊTE FINALE	
	DÉBUT	FIN	DÉBUT	FIN
Finalisation de la préparation	8 août 1992	30 septembre 1992	2 août 1993	24 septembre 1993
Sélection et Formation des Agents Enquêteurs	1 octobre 1992	15 octobre 1992	30 septembre 1993	18 octobre 1993
Collecte des Données sur le Terrain	26 octobre 1992	10 décembre 1992	27 octobre 1993	3 décembre 1993
Saisie des Données	16 novembre 1992	13 février 1993	17 novembre 1993	12 janvier 1994
Traitement des Données[1]	4 décembre 1992	en cours	6 décembre 1993	en cours

[1] Les fichiers des deux enquêtes ont été nettoyés et standardisés. La transformation des données des enquêtes dans le cadre des analyses spécifiques en cours de réalisation se poursuit autant pour les données de l'enquête de base que pour les données de l'enquête finale.

TABLEAU 2.3a
INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON NOMBRE DE GRAPPES, NOMBRE DE MÉNAGES, ET NOMBRE D'INVIDUS ENQUÊTES PAR ARRONDISSEMENT

	ARRONDISSEMENT			
	SAY	BOBOYE	ILLELA	TOTAL
Nombre de Grappes	34	34	34	102
Nombre de Ménages Prévus	612	612	612	1.836
Nombre de Ménages Complétés	612	612	610	1.834
Proportion (%) de Ménages Complétés	100,0	100,0	99,7	99.9
Nombre d'individus Enquêtés	4.221	4.848	3.980	13.049
Nombre de Résidents Présents	3.950	4.558	3.688	12.196
Nombre de Résidents Absents	213	217	243	673
Nombre de Visiteurs	58	73	49	180
Résidents Présents et Visiteurs	4.008	4.631	3.737	12.376

TABLEAU 2.3b
INFORMATION SUR L'ÉCHANTILLON
NOMBRE D'INDIVIDUS ÉLIGIBLES POUR LES INTERVIEWS INDIVIDUELLES ET NOMBRE D'ÍNTERVIEWS INDIVIDUELLES COMPLÉTÉES PAR ARRONDISSEMENT

TYPE OF QUESTIONNAIRE	ARRONDISSEMENT			
	SAY	BOBOYE	ILLELA	TOTAL
SOINS CURATIFS				
Nombre d'individus eligibles	853	945	928	2.726
Nombre d'individus enquêtés	847	936	927	2.710
Proportion (%) enquêtés	99,3	99,0	99,9	99,4
SOINS PREVENTIFS				
Nombre d'individus eligibles	508	601	512	1.619
Nombre d'individus enquêtés	508	595	512	1.615
Proportion (%) enquêtés	100,0	99,0	100,0	99,8
PAIMENT DES SOINS				
Nombre d'individus eligibles	1.859	2.191	-	4.050
Nombre d'individus eligibles	1.852	2.108	-	3.960
Proportion (%) enquêtés	99,6	96,2	-	97,8

En résumé, 2.710 individus ont complété l'interview des soins curatifs parmi les 2.726 individus ayant déclaré avoir été malade durant les deux senes précédant l'interview. Parmi les 1.619 femmes âgées de 15 à 49 ans révolus ayant été en état de grossesse durant les douze mois précédant l'interview ou ayant un enfant de moins de cinq ans qui vit actuellement avec elles, 1.615 femmes ont complété l'interview des soins préventifs. Parmi les 4.050 individus présents âgés de 15 ans et plus des arrondissements de Boboye et de Say, 3.960 ont complété l'interview de paiement des soins.

Finalement, le ***tableau 2.3c*** résume les tailles des échantillons de l'enquête de base et de l'enquête finale. Il peut être constaté que l'échantillon des soins curatifs est plus large durant l'enquête de base comparée à l'enquête finale dans l'arrondissement de Boboye; par contraste, dans l'arrondissement de Say, l' échantillons des soins curatifs de l'enquête finale est plus large comparée à l'enquête de base. Ces résultats ne sont pas surprenants, cependant: les personnes déclarant être malades pouvant varier d'une année à une autre durant la même période calendaire en conséquence des aléas épidémiologiques et de la dynamique spatiale de la population; ce dernier phénomène étant lié dans le cadre des trois arrondissements aux aléas climatiques et à l'élevage transhumant.

La complétude des interviews collectives et individuelles de l'enquête finale est très élevée. Bien que réalisées dans les mêmes grappes et ayant complété l'interview dans un nombre comparable de ménages, l'enquête finale a enquêté moins de résidents présents et de visiteurs comparée à l'enquête de base.

Dans l'ensemble, cependant, les tailles des échantillons entre l'enquête de base et l'enquête finale sont très proche et leur variabilité est typique des échantillons quasi-expérimentaux.

TABLEAU 2.3c
ÉCHANTILLON DES ENQUÊTES AUPRES DES MÉNAGES
NOMBRE DE MÉNAGES ENQUÊTÉS ET NOMBRE D'INDIVIDUS ENQUÊTÉS
DANS L'ENQUÊTE DE BASE ET L'ENQUÊTE FINALE

ENQUÊTE/TYPE DE QUESTIONNAIRE	ARRONDISSEMENT			
	SAY	BOBOYE	ILLELA	TOTAL
ENQUÊTE DE BASE				
Nombre de ménages enquêtés	605	611	609	1.825
SOINS CURATIFS				
Nombre d'individus enquêtés	644	1.309	886	2.833
SOINS PREVENTIFS				
Nombre d'individus enquêtés	545	682	544	1.770
REVENUS				
Nombre d'individus enquêtés	1.787	1.734	1.290	4.811
ENQUÊTE FINALE				
Nombre de ménages enquêtés	612	612	610	1.834
SOINS CURATIFS				
Nombre d'individus enquêtés	847	936	927	2.710
SOINS PREVENTIFS				
Nombre d'individus enquêtés	508	595	512	1.615
PAIEMENT DES SOINS				
Nombre d'individus enquêtés	1.852	2.108	-	3.960

3.0 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Les effets que l'introduction du paiement des soins va avoir sur la demande des soins et différents groupes sociaux dépendént en grande partie des caractéristiques des individus et des ménages, et des communautés dont ils sont membres. Certaines caractéristiques présentent un intérêt particulier du point de vue de la politique de santé publique. Du point de vue communautaire, la distance des formations sanitaires publiques, sur lesquelles sont structurés les tests pilotes, va avoir éventuellement un rôle déterminant. Certaines caractéristiques collectives du ménage qui mesurent sa capacité d'acquérir des biens et services dans le marché sanitaire, tel que le revenu, sont d'un intérêt particulier car elles localisent les ménages et leurs membres sur l'échelle des revenus, et permettent ainsi d'identifier les plus pauvres. Certaines caractéristiques socio-démographiques individuelles ont une signification épidémiologique établie, à savoir l'âge et le sexe. Enfin, les caractéristiques socio-démographiques individuelles qui déterminent l'accés à l'information et l'éducation sanitaires, dont le niveau d'éducation. Sous certaines conditions, certaines caractéristiques socio-démographiques individuelles peuvent déterminer, par ailleurs, l'accés de l'individu aux ressources du ménage, et par conséquent l'accés des biens et services du marché sanitaire.

L'examen des caractéristiques des ménages et des individus présenté dans cette section vise à donner un aperçu sur les caractéristiques des échantillons de l'enquête finale et leur comparabilité avec les échantillons de l'enquête de base dans les trois arrondissements. Dans une première sous-section, les caractéristiques des ménages seront discutées; les caractéristiques individuelles des échantillons seront présentées en dernier lieu.

3.1 CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

Dans la présente sous-section, les caractéristiques socio-démographiques des chefs de menage sont résumées en premier lieu. En deuxième lieu, les caractéristiques socio-économiques des ménages sont présentées.

Le chef de ménage est un des membres du ménage qui affecte le plus la génération et la distribution des ressources au niveau du ménage. Le ***tableau 3.1a*** résume les caractéristiques socio-démographiques des chefs de ménages. Premièrement, dans les trois arrondissements, plus de 88 pour cent des chefs de ménages sont âgés de 30 ans et plus: par ailleurs, le poids des chefs de ménages âgés de 60 ans et plus est relativement élevé. Cette caractéristique démographique est assez typique de la ruralité des trois arrondissements, accentuée par l'impact de l'émigration qui n'est pas négligeable dans les trois arrondissements. Du point de vue de l'âge des chefs des menages, les trois arrondissements sont très comparables.

Deuxièmement, la quasi-totalité des ménages sont dirigés par des hommes. Il est juste noté une prévalence relativement plus élevée des ménages dirigés par des femmes dans l'arrondissement d'Illéla comparé aux arrondissements de Boboye et de Say. Le même schéma a été observé avec les données de l'enquête de base. Une explication de ces différences entre l'arrondissement contrôle et les arrondissements test est la plus grande intensité de l'émigration de longue durée dans l'arrondissement d'Illéla.

TABLEAU 3.1a
DISTRIBUTION DES MÉNAGES SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DU CHEF DE MÉNAGE PAR ARRONDISSEMENT
(MÉNAGES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Age du Chef de Ménage			
< 15	–	0,5%	–
15-29	11,3%	6,0%	11,0%
30-44	36,3%	36,9%	36,9%
45-59	33,6%	36,4%	37,2%
60 +	18,8%	20,1%	14,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Sexe du Chef de Ménage			
Masculin	96,7%	96,7%	93,4%
Feminin	3,3%	3,3%	6,6%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Ethnie du Chef de Ménage			
ZARMA	20,7%	75,0%	0,5%
HAWSA	7,4%	5,1%	78,4%
PEULH	35,4%	16,5%	3,3%
AUTRES	36,5%	3,4%	17,9%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Nombre de Ménages	**612**	**612**	**610**

Troisièmement, la distribution des chefs de ménages selon l'ethnie confirme la variabilité des stocks ethniques entre les trois arrondissements. D'une part, les arrondissements de Boboye et d'Illéla sont plus homogènes du point de vue ethnique que l'arrondissement de Say. D'autre part, le stock ethnique dans le Boboye est essentiellement Zarma; à Illéla, il est essentiellement Hawsa; dans l'arrondissement de Say où l'élément Peulh est dominant quantitativement, d'autres groupes, tels que les Zarma et les Gourmantché, ont un poids respectif relativement important dans la population.

La variabilité des stocks ethniques est significative du point de vue de la participation au système de santé, car au-delà de la langue, les différences ethniques reflètent une variabilité dans l'activité économique, la relation avec l'espace, l'organisation des groupes domestiques, et d'autres variables. A cet égard, le groupe Peulh se distingue nettement par son activité pastorale, en d'autres termes sa mobilité spatiale, comparé aux groupes Hawsa et Zarma qui sont essentiellement agriculteurs. Par ailleurs, la prévalence d'institutions réduisant l'intéraction des femmes avec l'extérieur qui sont impératives dans certains secteurs du groupe Hawsa le distingue des groupes Peulh et Zarma: de telles institutions sont prévalentes dans l'arrondissement d'Illéla.

En résumé, du point de vue des caractéristiques démographiques des chefs de ménage, les ménages des trois arrondissements ne sont pas différents. Du point de vue ethnique, cependant, les trois arrondissements ne sont pas comparables. A l'intérieur d'un même arrondissement, les mêmes caractéristiques ont été observées dans l'enquête de base et l'enquête finale.

Le ***tableau 3.1b*** résume les caractéristiques socio-économiques des ménages. Comme il était révélé par les données de l'enquête de base, les ménages de l'arrondissement de Boboye sont relativement plus larges que les ménages des arrondissements d'Illéla et de Say; les tailles des ménages de ces deux derniers arrondissements, cependant, sont relativement comparables.

La ***figure 3.1a*** décrit les niveaux des dépenses monétaires mensuelles par tête des ménages dans les trois arrondissements (pour la définition des indicateurs représentés dans le graphique, voir la note au ***tableau 3.1b***). Les niveaux des dépenses monétaires mensuelles par tête sont assez comparables entre les trois arrondissements: cependant, elles sont sensiblement plus élevées dans l'arrondissement de Say comparé aux arrondissements de Boboye et d'Illéla. Ces deux derniers arrondissements présentent des niveaux et des distributions des depenses monétaires mensuelles par tête très comparables.

En moyenne, les ménages de Say ont engagé des dépenses monétaires de l'ordre de 2.200 FCFA par tête durant le mois précédant l'interview; les dépenses monétaires mensuelles par tête s'établissent en moyenne à 1.800 FCFA à Boboye et à 1.700 FCFA à Illéla. Les 25 pour cent des ménages ayant engagé des dépenses monétaires par tête les plus faibles, ont dépensé moins de 700 F CFA par tête dans les trois arrondissements. A l'autre extrême, les 25 pour cent des ménages ayant engagé les dépenses monétaires par tête les plus élevées, ont engagé plus de 2.500 F CFA par tête dans l'arrondissement de Say, et plus de 1.900 par tête dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla.

En résumé, les niveaux des dépenses monétaires des ménages sont assez comparables entre les trois arrondissements. Cependant, il est apparant qu'au niveau de chaque arrondissement, il existe une forte hétérogénéité du point de vue de la disponibilité de liquidités entre les ménages ruraux.

TABLEAU 3.1b
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES DES MÉNAGES PAR ARRONDISSEMENT
(MÉNAGES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Taille du Ménage			
< 5	28,1%	17,0%	28,5%
5-7	35,9%	38,2%	42,1%
8-11	25,7%	28,6%	21,8%
12 +	10,3%	16,2%	7,5%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%
Moyenne	**6,8%**	**7,9%**	**6,5%**
Dépenses Monétaires Mensuelles\tête FCFA)[1]			
1st Quartile (Q25)	687	593	588
Mediane	**1.333**	**1.021**	**1.068**
3rd Quartile (Q75)	2.577	1.880	1.944
Moyenne	**2.225**	**1.785**	**1.667**
Nombre de Ménages	**612**	**612**	**610**

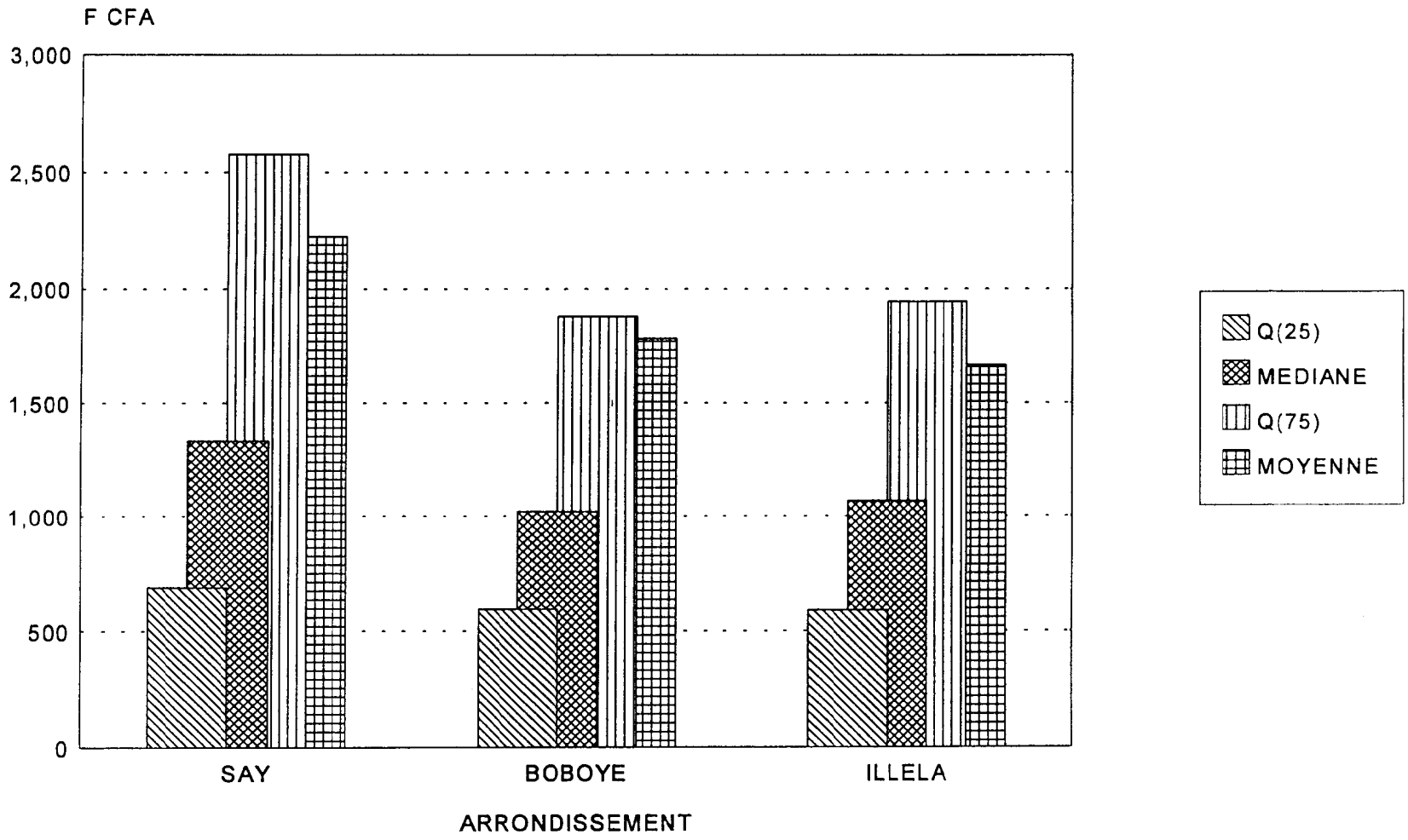
[1] Q(25), la Médiane, et Q(75) sont des indicateurs de location de la distribution des dépenses monétaires mensuelles par tête des ménages:

-Q(25) indiquent la valeur au-dessous de laquelle se situent 25 pour cent des ménages: par [illegible] mensuelles par tête inférieures à 687 FCFA.

-La Médinane indiquent la valeur au-dessous (ou au-dessus) de laquelle se situent 50 pour cent des ménages: par exemple, 50 pour cent des ménages de l'arrondissement de Say ont des dépenses monétaires mensuelles par tête inférieures (ou supérieures) à 1.333 FCFA.

-Q(75) indiquent la valeur au-dessus de laquelle se situent 25 pour cent des ménages: par exemple, 25 pour cent des ménages de l'arrondissement de Say ont des dépenses monétaires mensuelles par tête supérieures à 2.577 FCFA.

FIGURE 3.1a
DEPENSES MONETAIRES MENSUELLES PAR TETE DES MENAGES:
RESUME



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

La ***figure 3.1b*** décrit les niveaux des dépenses monétaires mensuelles par tête des ménages dans les trois arrondissements dans l'enquête de base et dans l'enquête finale. Comme il peut être constaté, au sein de chaque arrondissement, les estimations de dépenses monétaires mensuelles par tête sont à peu près au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Cette observation est significative méthodologiquement à plus d'un titre. Premièrement, elle supporte que les dépenses monétaires par tête ont été mesurées de façon stable dans les deux enquêtes: du point de vue des dépenses monétaires par tête, les ménages de l'enquête de base et de l'enquête finale sont comparables. Deuxièmement, les dépenses monétaires par tête indiquent une dimension économique permanente des ménages dans l'aire d'étude des tests pilotes.

Dans la suite du présent rapport, les dépenses monétaires mensuelles par tête du ménage sont utilisées comme un indicateur du niveau de revenu monétaire permanent du ménage. Ce traitement est approprié au cadre des tests pilotes d'autant plus que le niveau des dépenses monénatires du ménage dans le contexte rural indique la capacité du ménage d'acquérir des biens et des services dans un marché où les modes de paiements sont de plus en plus monétarisés. Cet indicateur sera utilisé pour classifier les ménages et leurs membres entre groupes de revenus.

3.2 CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

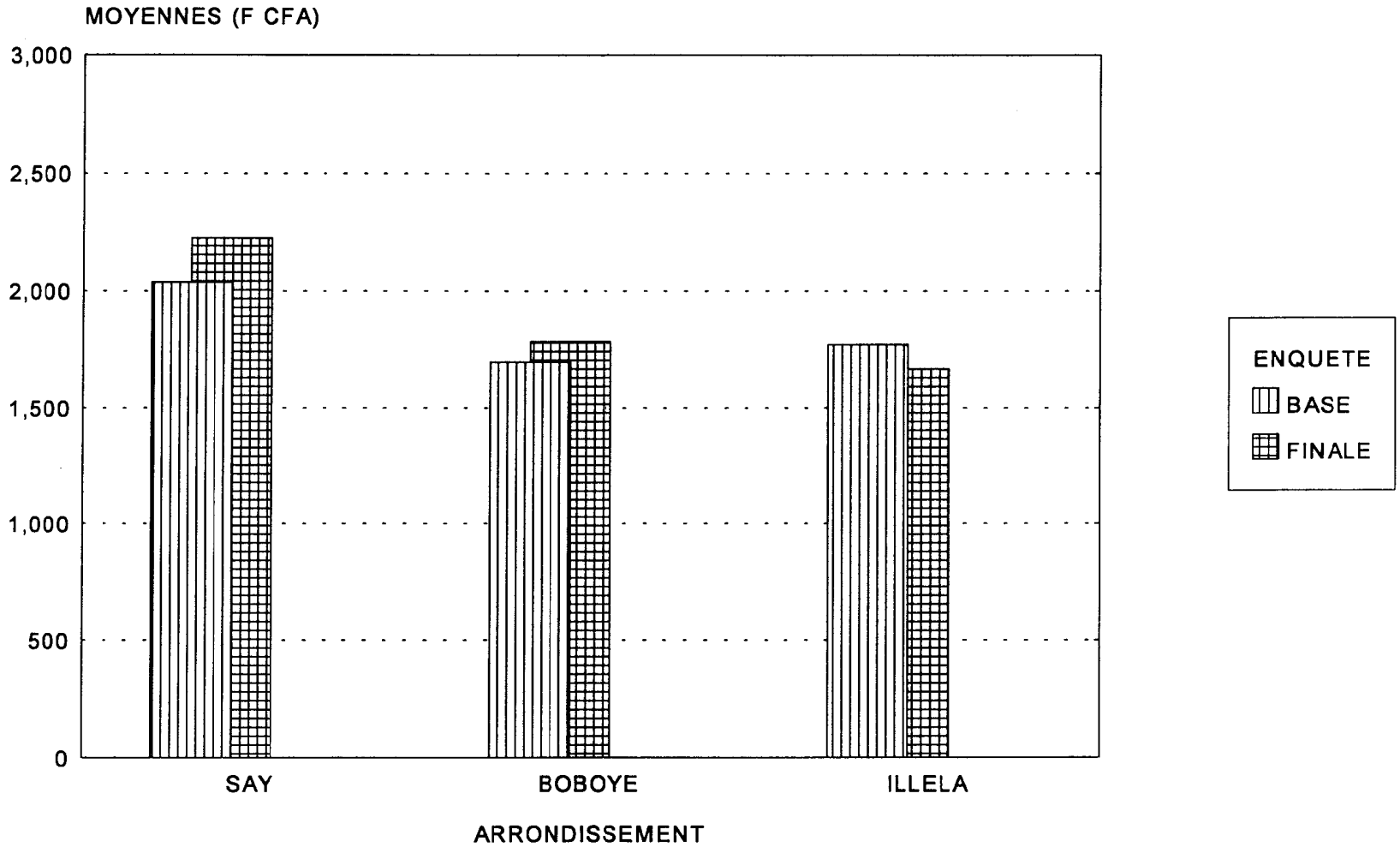
Dans cette sous-section, les caractéristiques des individus membres de l'échantillon sont résumées du point de vue de l'âge, de l'appartenance ethnique, et de la fréquentation de l'école moderne. Par ailleurs, l'accessibilité physique des formations sanitaires publiques aux individus des différents groupes économiques est résumée.

Le ***tableau 3.2a*** résume l'état de la population dans les trois arrondissements du point de vue de l'âge et de la structure ethnique. Comme il pouvait être attendu, la répartition par âge de la population dans les trois arrondissements est typique d'une population à natalité élevée: la population est jeune. En effet, environ 50 pour cent des individus ont moins de 15 ans d'âge dans les trois arrondissements. De ce point de vue, les populations des trois arrondissements sont assez comparables.

La prévalence d'une forte émigration différentielle affectant les populations des trois arrondissements est supportée par le fossé d'hommes aux âges intermédiaires. Ce schéma est plus typique dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla. En effet, entre 15 et 44 ans d'âge, les rapports de masculinité s'établissent à moins de 80 pour cent dans les trois arrondissements. Cependant, les rapports de masculinité atteignent des niveaux aussi faibles que 66 pour cent dans le groupe d'âge 15-29 ans dans l'arrondissement de Boboye, et 68 pour cent dans le groupe d'âge 30-44 ans dans l'arrondissement d'Illéla.

Les caractéristiques individuelles supportent l'hétérogénéité des stocks ethniques discutée dans la sous-section précédente. Il est remarquable que le poids relatif du groupe Peulh a relativement baissé dans l'enquête finale dans l'arrondissement de Say par rapport au groupe Autres qui incluent le groupe Gourmantché: les premières grappes de l'enquête finale ont été enquêtée à un moment où la récolte du petit mil était toujours en cours, en d'autres termes à un moment où les Peulh qui étaient en transhumannce amorçaient le mouvement de retour et où les jeunes Gourmantché n'étaient pas encore partis en exode. Cette variabilité du stock ethnique entre l'enquête de base et l'enquête finale n'est observée que dans l'arrondissement de Say.

FIGURE 3.1b
DEPENSES MONETAIRES MENSUELLES PAR TETE DES MENAGES:
ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE (MOYENNES)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

TABLEAU 3.2a
DISTRIBUTION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'AGE, LE GROUPE ETHNIQUE, ET LE SEXE PAR ARRONDISSEMENT: (RÉSIDENTS PRÉSENTS ET VISITEURS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin	Masculin	Feminin
Age en années						
0-4	19,1%	17,4%	18,4%	16,8%	19,0%	17,3%
5-9	19,6%	18,3%	21,7%	18,7%	18,8%	17,7%
10-14	16,9%	15,6%	14,8%	14,6%	13,8%	12,2%
15-19	8,1%	8,4%	9,0%	9,3%	10,5%	10,0%
20-24	4,8%	6,5%	4,0%	5,9%	4,5%	6,7%
25-29	4,6%	6,6%	3,7%	7,5%	4,7%	8,8%
30-34	4,3%	4,6%	4,2%	6,4%	4,9%	6,0%
35-39	3,5%	5,3%	4,2%	4,9%	3,6%	7,0%
40-44	3,6%	4,4%	3,7%	3,4%	3,9%	3,7%
45-49	3,9%	3,4%	3,6%	3,3%	4,1%	3,3%
50-54	2,6%	3,3%	3,0%	3,2%	3,8%	2,6%
55 +	9,0%	6,1%	9,6%	6,1%	8,5%	4,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Groupe Ethnique						
ZARMA	21,6%	20,6%	75,0%	78,0%	0,7%	0,5%
HAWSA	6,0%	7,2%	4,5%	4,4%	82,6%	82,0%
PEULH	38,3%	36,1%	16,2%	14,1%	2,2%	3,2%
AUTRES	34,1%	36,1%	4,4%	3,5%	14,5%	14,4%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
No. d'Individus	**1.984**	**2.024**	**2.194**	**2.439**	**1.792**	**1.945**
Rapport de Masculinité/Age en années						
0-14		**106%**		**99%**		**101%**
15-29		**80%**		**66%**		**72%**
30-44		**78%**		**75%**		**68%**
44 +		**119%**		**115%**		**142%**
Ensemble		**98%**		**90%**		**92%**

Le ***tableau 3.2b*** résume les niveaux de fréquentation scolaire dans les trois arrondissements. La proportion d'individus âgés de 6 ans et plus ayant jas fréquenté l'école moderne est très faible dans les trois arrondissements. Par ailleurs, le fossé entre le niveau de fréquentation scolaire entre les hommes et les femmes est relativement faible dans les arrondissement de Say et de Boboye; par contre, il est relativement prononcé dans l'arrondissement d'Illéla.

La proportion d'individus ayant fréquenté l'école moderne est plus élevé parmi les individus appartenant aux groupes de revenus les plus élevés. Cette variabilité de la fréquentation scolaire selon le groupe de revenus est beaucoup plus importante dans les arrondissements de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement d'Illéla.

La covariation spatiale de la distribution des investissements sociaux publiques est reflétée par une décroissance des proportions d'individus ayant fréquenté l'école moderne selon le temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche: en effet, les établissements scolaires et les formations sanitaires publiques sont localisés dans les mêmes établissements humains, qui sont soient des chefs-lieu d'arrondissement ou des village-centres. Ce schéma est beaucoup plus typique des arrondissements de Boboye et de Say, comparés à l'arrondissement d'Illéla.

La comparaison des proportions de femmes ayant fréquenté l'école moderne dans l'enquête de base et l'enquête finale est présenté dans la ***figure 3.2a***. Comme on pouvait s'y attendre, les niveaux de fréquentation scolaire sont très comparables entre les deux enquêtes.

La ***figure 3.2b*** résume l'accessibilité physique des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements. De ce point de vue, il est observé un contraste entre les trois arrondissements. Premièrement, bien qu'une part relativement importante d'individus résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques (29 pour cent), près de 62 pour cent des individus résident à plus de deux heures de marche des formations sanitaires dans l'arrondissement d'Illéla. Deuxièmement, dans l'arrondissement de Say, 18 pour cent des individus résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques; par contre, 53 pour cent résident à plus de deux heures de marche. Finalement, dans l'arrondissement de Boboye, 23 pour cent des individus résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires, et 48 pour cent à plus de deux heures de marche. Il ressort nettement que l'accessibilité physique des formations sanitaires est relativement plus importante dans l'arrondissement de Boboye comparé aux arrondissements de Say et d'Illéla.

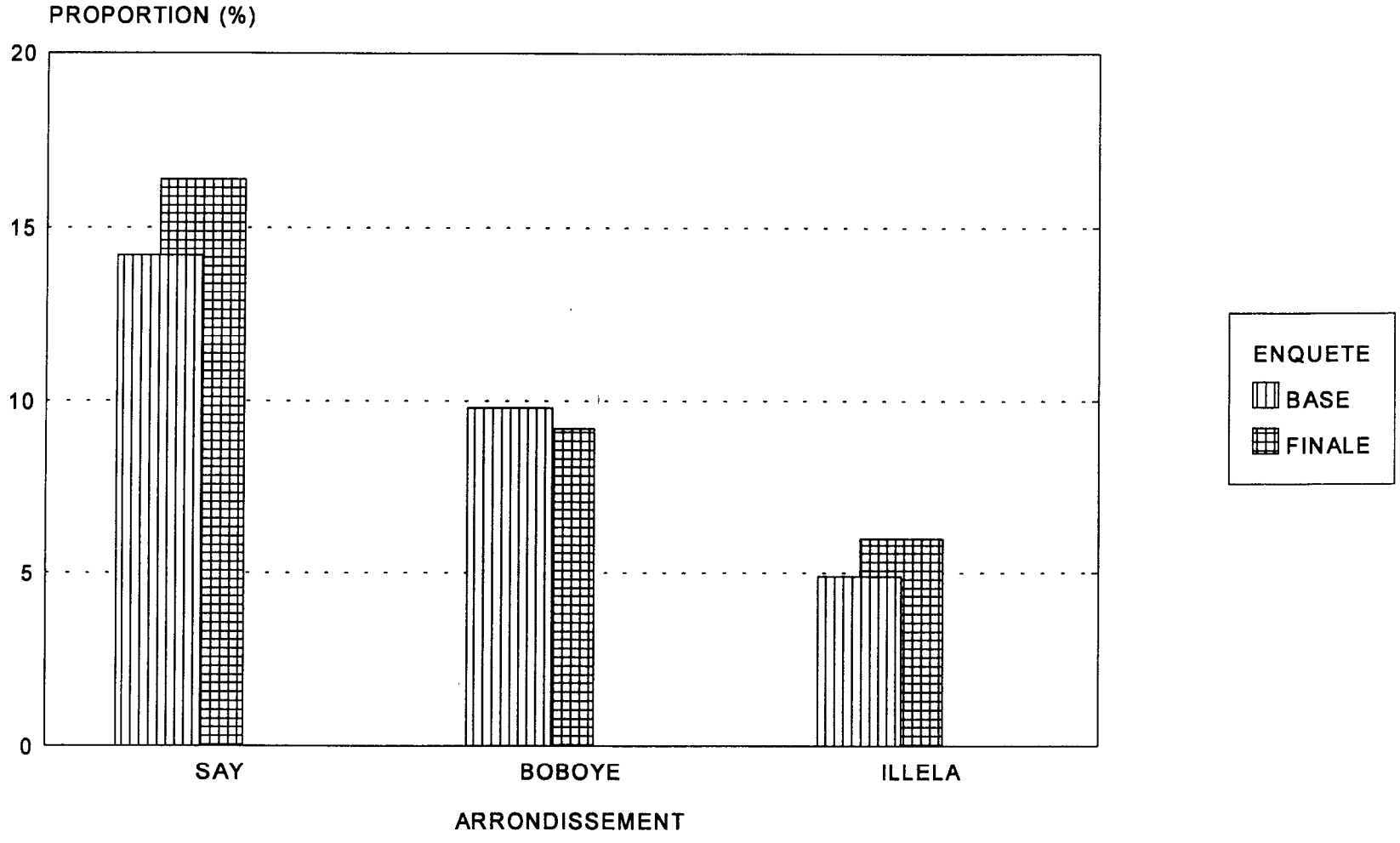
Le contrôle avec l'appartenance à un groupe de revenus donné révèle que dans les arrondissement test de Boboye et de Say, les individus appartenant aux groupes de revenus les plus élevés ont un accés physique plus élevé aux formations sanitaires publiques que leurs homologues des groupes de revenus les plus faibles (voir ***tableau 3.2c***). Cette accessibilité différentielle des formations sanitaires publiques selon le groupe de revenus n'est pas observée dans l'arrondissement d'Illéla.

En résumé, l'état de la population des trois arrondissements est typique d'une population à natalité élevée: plus de 50 pour cent de la population a moins de 15 ans. Cette jeunesse de la population est accentuée par un fossé d'hommes aux âges intermédiaires. La majorité de la population aux âges intermédiaires n'a jas fréquenté l'école moderne.

TABLEAU 3.2b
PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE MODERNE
SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-ÉCONOMIQUES
(RÉSIDENTS PRÉSENTS ET VISITEURS AGÉS DE 6 ANS DE PLUS)

	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	A Fréquenté l'Ecole Moderne (%)	Nombre d'Individus	A Fréquenté l'Ecole Moderne (%)	Nombre d'Individus	A Fréquenté l'Ecole Moderne (%)	Nombre d'Individus
Age en années						
6-9	22,1	620	15,6	745	16,5	544
10-14	32,1	651	21,9	680	19,2	484
15-29	23,5	783	14,2	917	13,7	849
30-44	9,3	517	4,8	624	5,3	546
45 +	1,9	567	1,1	663	,2	501
Sexe						
Masculin	21,2	1.525	15,0	1.692	17,1	1.389
Féminin	16,4	1.613	9,2	1.937	6,0	1.535
Groupes de Revenus						
Faible	11,1	900	9,2	1.003	8,3	843
Faible-Moyen	15,3	818	7,6	927	12,4	824
Moyen-Elevé	18,8	740	9,6	867	13,5	653
Elevé	33,1	680	22,5	832	11,4	604
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
< 1 heure	35,9	585	26,6	828	15,4	838
[1, 2)	22,8	887	8,2	1.054	3,7	272
[2, 3)	17,3	632	6,0	830	8,6	594
3 et plus	6,6	1.034	8,3	917	11,4	1.220
Ensemble	**18,8**	**3.138**	**11,9**	**3.629**	**11,3**	**2.924**

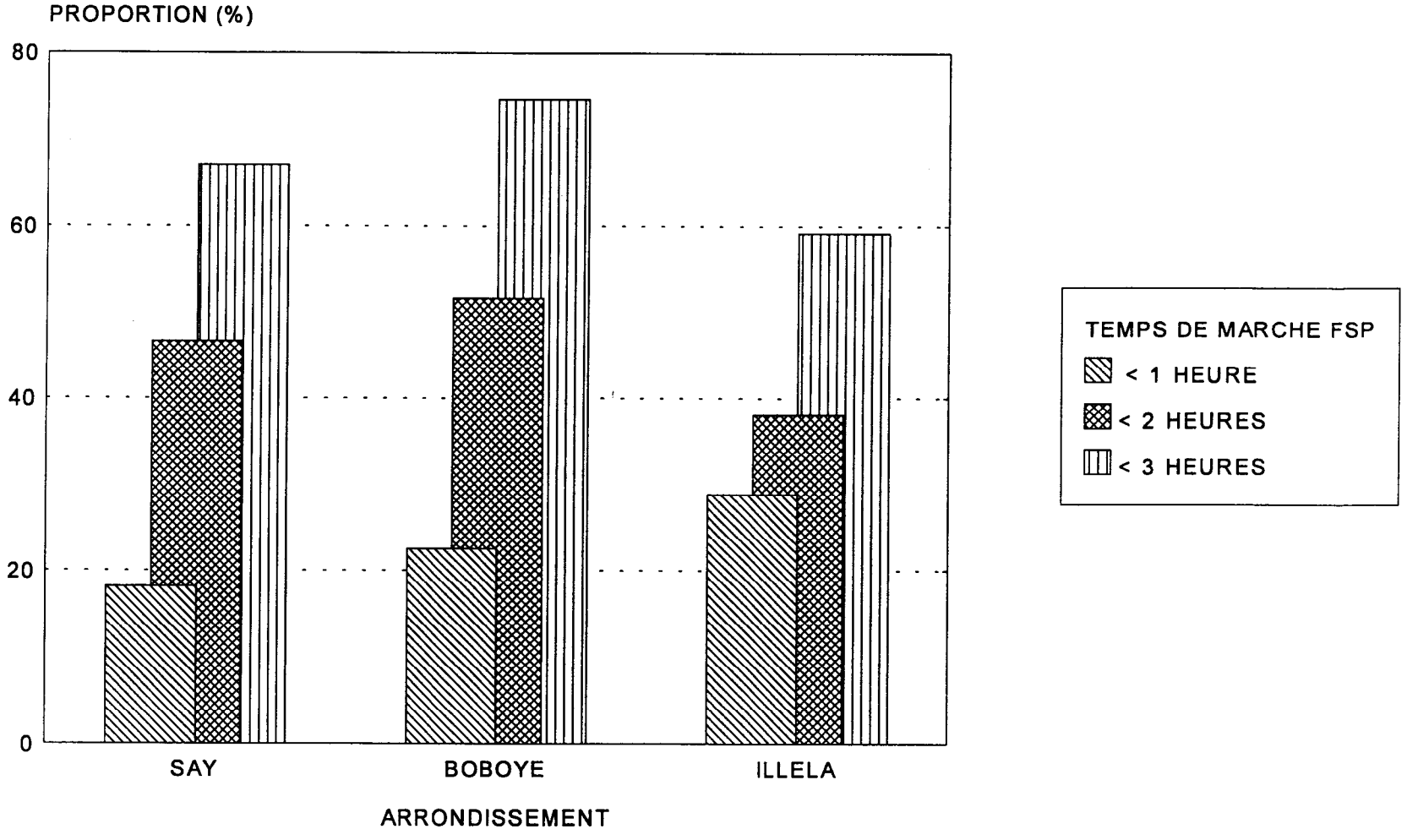
FIGURE 3.2a
PROPORTION DE FEMMES AYANT FREQUENTE L'ECOLE MODERNE:
ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE (FEMMES AGEES DE 6 ANS ET PLUS)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

FIGURE 3.2b

PROPORTION DE RESIDENTS PRESENTS ET VISITEURS RESIDANT A MOINS D'UNE HEURE, 2 OU 3 HEURES DE MARCHE D'UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE PAR ARRONDISSEMENT



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

TABLEAU 3.2c
DISTRIBUTION CUMULÉE (%) DES INDIVIDUS
SELON LE TEMPS DE MARCHE À LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE
PAR GROUPE DE REVENUS ET PAR ARRONDISSEMENT
(RÉSIDENTS PRÉSENTS ET VISITEURS)

Arrondissement/Groupe de Revenus	Proportion (%) d'Individus Résidant à Moins d'1 Heure, 2 Heures, et 3 Heures de Marche d'une Formation Sanitaire Publique			
	1 heure	2 heures	3 heures	Nombre d'Individus
SAY				
Faible	8,76	34,95	57,42	1.153
Faible-Moyen	14,52	48,48	71,84	1.019
Moyen-Elevé	23,03	43,78	61,83	964
Elevé	29,36	62,61	79,82	872
Ensemble	**18,14**	**46,53**	**67,02**	**4.008**
BOBOYE				
Faible	10,53	46,30	72,54	1.311
Faible-Moyen	17,52	44,06	69,84	1.187
Moyen-Elevé	27,36	55,54	77,77	1.093
Elevé	38,46	62,50	79,42	1.040
Ensemble	**22,57**	**51,54**	**74,63**	**4.631**
ILLELA				
Faible	23,11	40,34	56,16	1.056
Faible-Moyen	34,73	41,36	65,17	1.071
Moyen-Elevé	30,73	36,41	58,98	846
Elevé	26,44	32,20	55,24	764
Ensemble	**28,85**	**38,08**	**59,19**	**3.737**

Les ménages dans les trois arrondissements sont dirigés par des hommes aux âges élevés, malgré l'évidence d'une forte émigration de l'élément masculin. Cette situation est typique des trois arrondissements malgré la variation des stocks ethniques. La population de l'arrondissement de Boboye est essentiellement du stock Zarma; par ailleurs, l'arrondissement d'Illéla est habité par le groupe Hawsa. Par contre, la population de l'arrondissement de Say est constituée d'une mosaïque de groupes, où domine quantitativement l'élément Peulh au mode de vie pastoral. La taille des groupes domestiques ne semble pas être liée à l'appartenance ethnique: en effet la distribution des tailles des menages est comparable d'un arrondissement à l'autre.

Les dépenses monétaires par tête des ménages de l'arrondissement de Say sont légèrement supérieures aux dépenses par tête dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla. Finalement, l'accessibilité physique des formations sanitaires publiques est plus élevé dans l'arrondissement de Boboye comparé aux arrondissements d'Illéla et de Say.

4.0 SOINS CURATIFS: DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS

L'auto-déclaration de la maladie est généralement utilisée comme indicateur de la perception de la maladie. Dans le cadre des enquêtes auprès des ménages, deux questions ont servi à l'identification des individus présents qui ont été malades durant les deux semaines précédant l'interview. Une série de questions ont été administrées aux individus ayant déclaré avoir été malade pour identifier les symptômes qui étaient associés à leur maladie. L'auto-déclaration de la maladie et la déclaration des symptômes sont discutées séquentiellement dans les deux premières sous-sections pour servir d'éléments de comparaison des besoins, tels que perçus par les malades, entre arrondissements et à l'intérieur de chaque arrondissement. Dans la dernière sous-section l'engagement dans une activité quelconque pour remédier à la maladie est résumé quantitativement.

4.1 PERCEPTION DE LA MALADIE

Le ***tableau 4.1*** résume les niveaux d'auto-déclaration de la maladie dans les trois arrondissements de Boboye, Illéla et Say. Comme il a été observé sur la base des données de l'enquête de base, la prévalence de l'auto-déclaration de la maladie est relativement faible dans les trois arrondissements comparée aux niveaux observés dans des environnements autres qu'africains; elle est, cependant, plus élevée que les niveaux observés dans d'autres pays africains.[3]

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, 25 pour cent des résidents présents et visiteurs enquêtés ont déclaré avoir été malades durant les deux semaines précédant l'interview. La prévalence de l'auto-déclaration de la maladie est relativement moins élevée dans les arrondissements test de Boboye et de Say, où elle atteint respectivement 20 pour cent et 21 pour cent. Ces différences ne sont pas significatives, cependant.

A l'intérieur d'un arrondissement donné, l'auto-déclaration de la maladie est plus élevée aux âges extrêmes qu'aux âges intermédiaires, reflètant ainsi la morbidité différentielle selon l'âge. Il n'y a cependant pas de différences significatives entre les hommes et les femmes; la même conclusion est obtenue à travers les groupes ethniques, les strates et les groupes de revenus.

[3] Dans des pays comme El Salvador, la République Dominicaine, la Colombie et le Péru, les niveaux d'auto-déclaration de la maladie au cours des deux semaines précédant l'interview varient entre 35 pour cent et 47 pour cent. Au Zaire, par contre, des niveaux aussi bas que 11 pour cent ont été observés. Bitran, R. A. and Keith, McInnes (1992), *Health Care Demand in Latin America: Lessons Drawn from the Dominican Republic and El Salvador*, An EDI Seminar Paper: Abt Associates Inc., Cambridge, Massachussetts; December.

TABLEAU 4.1
PERCEPTION DE LA MALADIE PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DÉCLARÉ ÊTRE MALADE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES, DÉMOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES: (RÉSIDENTS PRÉSENTS ET VISITEURS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Déclare Être Malade (%)	Nombre d'Individus	Déclare Être Malade (%)	Nombre d'Individus	Déclare Être Malade (%)	Nombre d'Individus
Age en années						
<5	33,65	731	27,64	814	36,63	677
5-14	16,67	1.410	15,62	1.613	16,41	1.164
15-29	15,33	783	16,58	917	19,67	849
30-44	19,15	517	21,79	624	28,02	546
45-59	27,14	350	27,59	424	32,94	337
60 +	26,73	217	26,36	239	35,37	164
Sexe						
Masculin	21,67	1.984	19,84	2.193	24,61	1.792
Feminin	20,90	2.024	20,92	2.438	25,04	1.945
Groupe Ethnique						
ZARMA	21,78	845	20,56	3.546	13,64	22
HAWSA	20,38	265	19,42	206	25,27	3.075
PEULH	21,77	1.488	21,06	698	24,51	102
AUTRES	20,64	1.410	16,02	181	22,86	538
Strate						
Avec FSP	19,63	591	21,73	695	22,30	592
Sans FSP	21,57	3.417	20,17	3.936	25,31	3.145
Groupes de Revenus						
Faible	19,08	1.153	15,56	1.311	23,01	1.056
Faible-Moyen	21,00	1.019	19,21	1.187	25,21	1.071
Moyen-Elevé	22,41	964	24,34	1.093	21,87	846
Elevé	23,28	872	23,75	1.040	30,10	764
Ensemble	**21,28**	**4.008**	**20,41**	**4.631**	**24,83**	**3.737**

En résumé, la prévalence de l'auto-déclaration de la maladie est comparable entre les trois arrondissements où elle s'élève entre 20 et 25 pour cent. Les données de l'enquête finale indiquent que le taux de 14 pour cent observé dans l'enquête de base dans l'arrondissement de Say est anormalement bas. De même que les données de l'enquête de base, les données de l'enquête finale supportent que l'auto-déclaration de la maladie ne varie pas selon les variables socio-démographiques ou économiques autres que l'âge dans le cadre rural de l'aire d'étude. La variation de l'auto-déclaration de la maladie selon l'âge est cohérente avec les schémas démographiques de la morbidité.

4.2 SYMPTÔMES

L'auto-déclaration de l'occurrence de la fièvre, de la toux, ou des selles liquides durant la maladie sont utilisés pour décrire approximativement la variabilité des besoins entre les trois arrondissements et entre les différents groupes socio-économiques. Le ***tableau 4.2a*** résume la prévalence de l'auto-

arrondissements.

La proportion de malades ayant déclaré avoir eu de la fièvre durant les deux semaines précédant s'élève entre 75 et 85 pour cent en moyenne dans les trois arrondissements. Elle est relativement faible à Say où elle atteint 75 pour cent, comparé à Boboye et Illèla où elle atteint respectivement 84 pour cent et 85 pour cent. Dans le cadre de l'enquête de base, la proportion de malades ayant déclaré avoir eu de la fièvre s'élevait à 74 pour cent à Say, 86 pour à Boboye et 90 pour cent à Illèla. D'une part, la prévalence de l'auto-déclaration de la fièvre à l'intérieur de chaque arrondissement est comparable entre l'enquête de base et l'enquête finale. D'autre part, la différence entre Say et les deux autres arrondissements est observée dans les deux enquêtes.

A l'intérieur de chaque arrondissement, il n'y a pas de différences significatives entre les groupes socio-démographiques et les groupes socio-économiques (voir ***tableaux 4.2a et 4.2b***). Les différences observées entre l'arrondissement de Say d'une part et les arrondissements de Boboye et d'Illèla d'autre part sont observées au niveau des groupes socio-démographiques et groupes socio-économiques définis dans les ***tableaux 4.2a et 4.2b***. Une exception à ce schéma général est l'évolution selon l'âge dans l'arrondissement de Say, où la déclaration de la fièvre est plus prévalante parmi le groupe des moins de quinze ans d'âge comparé aux groupes d'âges plus élevés.

La proportion de malades ayant déclaré avoir eu de la toux durant les deux semaines précédant l'interview est comparable entre les trois arrondissements: elle s'élève entre 11 et 15 pour cent (voir ***tableaux 4.2a et 4.2b***). Ces niveaux sont comparables aux niveaux observés dans l'enquête de base, sauf dans l'arrondissement de Boboye où il avait atteint prés de 24 pour cent. L'auto-déclaration de la toux ne varie pas d'un groupe socio-démographique, ou d'un groupe socio-économique, à un autre à l'intérieur d'un arrondissement donné.

La proportion de malades ayant déclaré avoir eu des selles liquides durant les deux semaines précédant l'interview varie entre 15 pour cent à Say et 22 pour cent à Boboye. La prévalence de l'auto-déclaration de l'expérience de selles liquides s'accroît avec l'âge de l'individu dans tous les trois arrondissements (voir ***tableau 4.2a***).

TABLEAU 4.2a

SYMPTÔMES: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DÉCLARÉ AVOIR EU UN SYMPTÔME DONNÉ DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

	ARONDISSEMENT											
	SAY				BOBOYE				ILLELA			
	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades
Age en années												
0-4	83,6	19,3	31,1	244	90,6	17,5	48,0	223	89,9	13,3	44,8	248
5-14	80,6	12,5	11,6	232	84,5	17,5	12,7	251	83,8	9,4	6,8	191
15-44	66,7	11,4	9,6	219	80,6	9,9	11,3	283	80,6	9,1	12,8	320
45 +	66,4	13,8	5,9	152	82,7	17,3	19,0	179	85,1	13,7	14,3	168
Sexe												
Masculin	73,2	15,6	16,1	429	84,1	16,6	22,8	429	85,2	13,9	20,9	440
Feminin	77,5	13,2	15,3	418	84,6	14,0	21,1	507	84,0	8,6	19,9	487
Groupe Ethnique												
ZARMA	80,7	21,0	18,2	181	84,0	15,4	23,3	721	66,7	0,0	33,3	3
HAWSA	72,2	14,8	9,3	54	72,5	12,5	25,0	40	84,8	10,2	20,7	776
PEULH	78,3	12,7	13,6	323	88,4	13,7	15,8	146	92,0	4,0	12,0	25
AUTRES	69,2	12,1	17,6	289	89,7	20,7	13,8	29	82,1	18,7	19,5	123
Strate												
Avec FSP	80,2	19,0	13,8	116	82,6	13,4	17,4	149	81,1	11,4	22,7	132
Sans FSP	74,6	13,7	16,0	731	84,8	15,5	22,7	787	85,2	11,1	20,0	795
ENSEMBLE	**75,3**	**14,4**	**15,7**	**847**	**84,4**	**15,2**	**21,9**	**936**	**84,6**	**11,1**	**20,4**	**927**

TABLEAU 4.2b

SYMPTÔMES: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR EU UN SYMPTÔME DONNÉ DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

GROUPE DE REVENUS	ARRONDISSEMENT											
	SAY				BOBOYE				ILLELA			
	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades	Fievre	Toux	Selles liquides	Nombre de malades
Faible	72,6	9,6	12,8	219	81,8	16,3	29,1	203	82,3	8,2	17,3	243
Faible-Moyen	72,0	15,9	18,2	214	84,5	14,6	19,5	226	88,1	11,5	21,9	270
Moyen-Elevé	79,4	15,0	14,5	214	84,8	12,5	20,1	264	82,2	12,4	19,5	185
Elevé	77,5	17,5	17,5	200	86,0	17,7	20,2	243	84,7	12,7	22,7	229
ENSEMBLE	**75,3**	**14,4**	**15,7**	**847**	**84,4**	**15,2**	**21,9**	**936**	**84,6**	**11,1**	**20,4**	**927**

Parmi les enfants de moins de cinq ans, la proportion de malades ayant déclaré avoir eu des selles liquides durant les deux semaines précédant l'interview s'élève à 31 pour dans l'arrondissement de Say, comparé à 45 pour cent à Illéla et 48 pour cent à Boboye. Les mêmes schémas de variations spatiale et démographique de l'occurrence des selles liquides sont observés entre l'enquête de base et l'enquête finale.

En résumé, la proportion de malades ayant déclaré avoir eu de la fièvre est relativement élevée dans les trois arrondissements. Par ailleurs, la prévalence de l'auto-déclaration de selles liquides est plus faible à Say comparé aux arrondissements de Boboye et d'Illèla. Il est remarquable que la prévalence de ces symptômes ne varie pas entre les groupes socio-démographiques et économiques à l'intérieur d'un même arrondissement, à l'exception des selles liquides qui sont plus prévalantes parmi les enfants de moins de cinq ans. Les données de l'enquête finale supporte la conclusion faite sur la base des données de l'enquête de base à savoir qu'il n'y a pas de variabilité importante entre les besoins des différents groupes socio-démographiques et économiques à l'intérieur des trois arrondissements. En d'autres termes, le gradient du niveau des besoins est beaucoup plus spatial et démographique, que social ou économique.

4.3 DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS

La décision de chercher des soins est indiquée par l'engagement, ou non, d'une action quelconque pour remédier à la maladie. Cette action peut être recevoir les soins d'un prescripteur traditionnel ou moderne à la maison, utiliser des médicaments disponibles à la maison, acheter des médicaments avant de visiter un prescripteur à l'extérieur de la maison, ou/et faire recours aux soins d'un prescripteur en dehors de la maison pour remédier à la maladie. Théoriquement, toute action pour remédier à la maladie n'est engagée que lorsque les bénéfices attendus de cette action sont au moins plus élevés que les coûts perçus de l'action: les bénéfices attendus étant une fonction de la perception de la gravité de la maladie et de la perception de l'efficacité de l'action envisagée.

Le ***tableau 4.3a*** décrit la prévalence de l'engagement de soins quelconques durant les deux dernières senes pour remédier à la maladie. Environ 64 pour cent des malades de l'arrondissement contrôle d'Illéla ont engagé une action quelconque pour remédier à la maladie. Cette proportion est inférieure à celle observée dans l'arrondissement de Say, où elle se situe à 80 pour cent, ou l'arrondissement de Boboye, où elle se situe à 90 pour cent. Sur la base des données de l'enquête de base, la prévalence de l'engagement de soins quelconques s'élevait à 69 pour cent à Illéla, 72 pour cent à Say et 84 pour cent à Boboye.

La prévalence de l'engagement d'une action quelconque pour remédier à la maladie ne varie pas significativement selon les groupes démographiques à l'intérieur de chaque arrondissement. Cependant, il est noté une variabilité selon le groupe ethnique aux niveaux des arrondissements de Boboye et Say où le groupe Peulh démontre une propension plus faible à engager des soins quelconques pour remédier à la maladie: ce résultat est consistent avec le résultat obtenu sur la base des données de l'enquête de base.

Le ***tableau 4.3b*** résume la variation de l'engagement de soins quelconques selon le temps de marche à la formation sanitaire la plus proche et selon le groupe de revenus. Dans l'arrondissement de Boboye, ces variables ne semblent pas affecter la propension d'engager des soins quelconques.

TABLEAU 4.3a

DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR UTILISÉ DES SOINS QUELCONQUES DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT:
(MALADES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades
Age en années						
0-4	79,1	244	87,0	223	63,7	248
5-14	84,1	232	90,4	251	68,1	191
15-44	76,7	219	90,5	283	65,0	320
45 +	77,6	152	94,4	179	60,1	168
Sexe						
Masculin	77,4	429	91,6	429	68,9	440
Feminin	81,8	418	89,3	507	60,4	487
Groupe Ethnique						
ZARMA	83,4	181	92,1	721	66,7	3
HAWSA	94,4	54	95,0	40	64,6	776
PEULH	74,3	323	79,5	146	60,0	25
AUTRES	80,3	289	96,6	29	64,2	123
Strate						
Avec FSP	89,7	116	91,9	149	74,2	132
Sans FSP	78,0	731	90,1	787	62,8	795
ENSEMBLE	**79,6**	**847**	**90,4**	**936**	**64,4**	**927**

TABLEAU 4.3b

DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR UTILISÉ DES SOINS QUELCONQUES DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES ECONOMIQUES DU MÉNAGE PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus Proche						
< 1 heure	89,0	146	91,4	221	75,7	226
[1, 2)	79,0	252	88,3	282	49,4	83
[2, 3)	81,2	149	91,8	194	64,4	222
3 heures et +	74,7	300	90,8	239	61,1	396
Groupes de Revenus						
Faible	68,0	219	88,7	203	54,3	243
Fiable-Moyen	79,9	214	88,5	226	63,7	270
Moyen-Elevé	82,2	214	90,2	264	70,8	185
Elevé	89,0	200	93,8	243	70,7	229
ENSEMBLE	**79,6**	**847**	**90,4**	**936**	**64,4**	**927**

Dans les arrondissements d'Illéla et de Say, les malades résidant à moins d'une heure de marche des formations sanitaires ont une propension d'engager des soins quelconques plus élevée que celle de leurs homologues résidant au-delà d'une heure de marche. Toujours dans les mêmes arrondissements, la propension d'engager des soins quelconques s'accroît avec le groupe de revenus d'appartenance du malade.

Dans le ***tableau 4.3c***, la gravité de la maladie est indiquée d'une part selon la perception du malade, qui est subjective; d'autre part, la durée d'alitement lié à la maladie offre un indicateur plus objectif. Quelque soit l'indicateur utilisé, la propension d'engager des soins quelconques s'accroît avec la gravité de la maladie dans les trois arrondissements.

En résumé, la propension à chercher des soins quelconques pour remédier à la maladie est assez élevée dans les trois arrondissements. Elle est significativement plus élevée dans les arrondissements test comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla. Le groupe Peulh s'individualise par une faible propension relative à chercher des soins quelconques. Dans les arrondissements d'Illéla et de Say, les malades résidant à proximité des formations sanitaires publiques ont une propension plus élevée à chercher des soins que leurs homologues résidant dans des villages éloignés des formation sanitaires. De même, les malades des groupes de revenus élevés ont une propension plus élevée de chercher des soins que les malades des groupes les plus pauvres dans les trois arrondissements. Comme il était attendu, la propension d'engager des soins s'accroît avec la gravité de la maladie.

TABLEAU 4.3c
DÉCISION DE CHERCHER DES SOINS:
PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR UTILISÉ DES SOINS QUELCONQUES
DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON LA GRAVITÉ DE LA MALADIE PAR ARRONDISSEMENT:
(MALADES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades	Soins quelconques	Nombre de malades
Perception de la Gravité de la Maladie						
Pas Grave	71,2	271	84,4	212	59,4	389
Grave	85,4	481	90,6	575	73,0	400
Trés Grave	82,5	57	100,0	80	83,3	24
No Savait Pas	60,5	38	95,7	69	47,4	114
Durée d'Allitement <Jours>						
Pas Allité	75,3	296	87,6	306	56,2	425
1-4 jours	80,5	328	89,6	355	68,4	288
5 jours +	83,9	223	94,5	275	75,2	214
ENSEMBLE	**79,6**	**847**	**90,4**	**936**	**64,4**	**927**

5.0 PRÉVALENCE DES SOINS À LA MAISON

L'analyse des données de l'enquête de base avait révélé que la majorité des populations des trois arrondissements avaient recours à des soins prodigués à la maison pour remédier à la maladie avant l'introduction du recouvrement des coûts. Les soins à la maison sont constitués essentiellement de l'utilisation de médicaments disponibles à la maison et de l'utilisation de médicaments achetés pour remédier à la maladie avant toute visite à un prescripteur en dehors de la son. Les données des enquêtes de base et finale supportent que le traitement de la maladie par un prescripteur dans la maison du malade est un phénomène très rare dans les trois arrondissements: par conséquent, ce phénomène ne sera pas discuté dans cette sous-section. L'utilisation des médicaments à la maison sera discutée en premier lieu; en second lieu, la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire sera résumée; les sources d'achat de médicaments dans le cadre des soins à la maison seront identifiées en dernier lieu.

5.1 MÉDICAMENTS À LA MAISON

L'utilisation des médicaments à la maison pour remédier à la maladie avant de visiter un prescripteur est un phénomène assez fréquent dans les trois arrondissements. La proportion de malades ayant utilisé des médicaments à la maison s'élève à 54 pour cent dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans les arrondissements test, cette proportion s'élève à 64 pour cent à Say et 81 pour cent à Boboye (voir ***tableau 5.1a***).

A l'intérieur d'un arrondissement donné, la variation de l'utilisation des médicaments à la maison selon l'âge, le sexe, et l'appartenance ethnique est relativement faible: à noter, cependant, que les Peulhs ont une plus faible propension à utiliser des médicaments à la maison que les autres groupes ethniques.

Dans les arrondissements d'Illéla et de Say, l'utilisation des médicaments à la maison n'est pas associée à la proximité des formations sanitaires (voir ***figure 5.1a***). Dans l'arrondissement de Boboye, cependant, la propension d'utiliser des médicaments à la maison est plus élevée parmi les villages situés à plus d'une heure de marche d'une formation sanitaire publique, comparés aux villages plus proches des formations sanitaires.

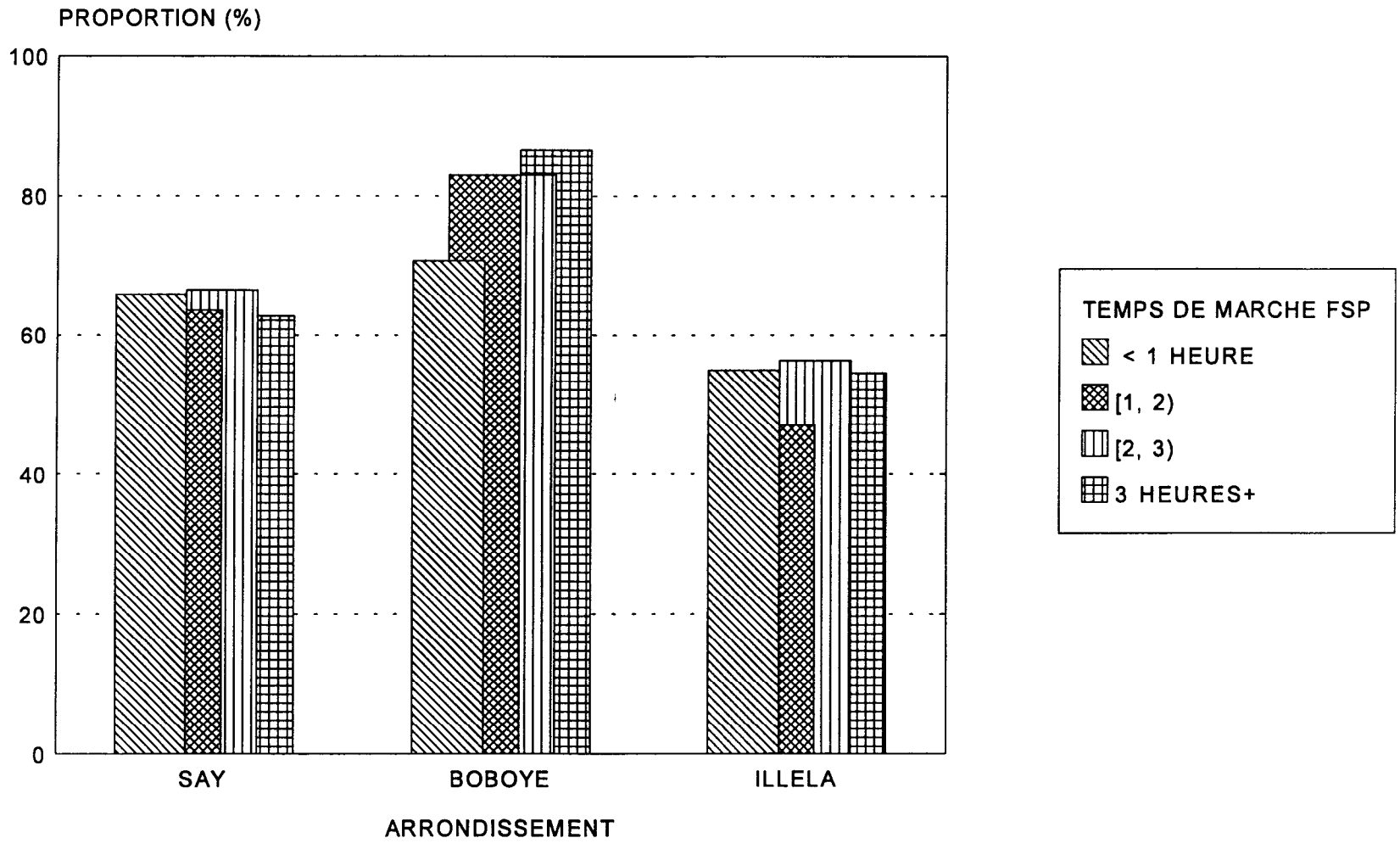
A l'intérieur des trois arrondissements, la propension d'utiliser des médicaments à la maison s'accroît avec le revenu (voir ***figure 5.1b***). Cette variation selon le groupe de revenus est, cependant, plus marquée dans les arrondissements d'Illéla et de Say comparés à l'arrondissement de Boboye.

La ***figure 5.1c*** résume la propension d'utiliser des médicaments à la maison avant et après le démarrage des tests pilotes. La comparaison des données de l'enquête de base et de l'enquête finale suggère que la propension d'utiliser des médicaments à la maison s'est accrue dans les arrondissements test de Boboye et de Say, comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla.

TABLEAU 5.1a
SOINS À LA MAISON: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR UTILISÉ DES MÉDICAMENTS À LA MAISON AVANT TOUTE VISITE À UNE FORMATION SANITAIRE DONNÉE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

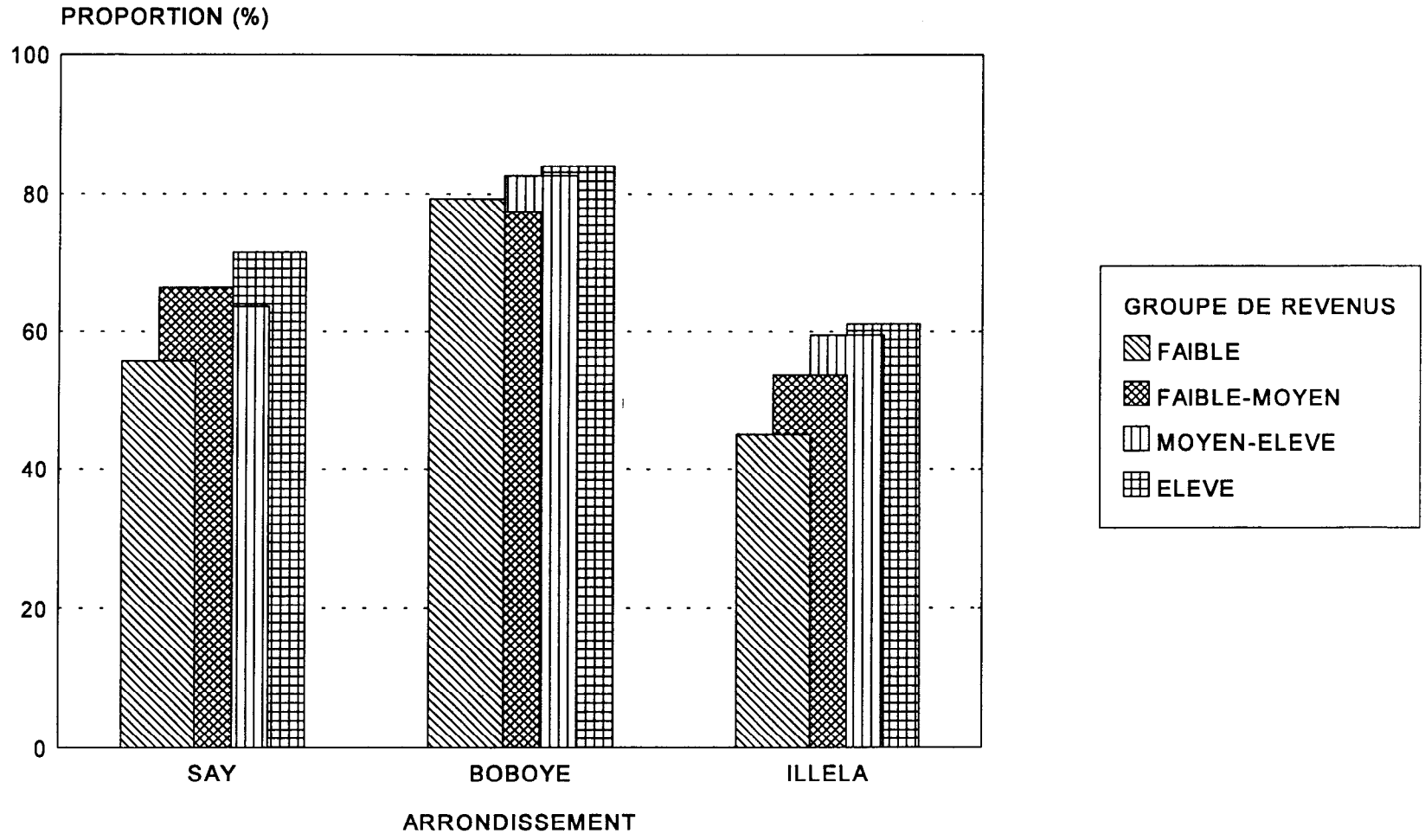
	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	A utilise des medicaments à la maison	Nombre de malades	A utilise des medicaments à la maison	Nombre de malades	A utilise des medicaments à la maison	Nombre de malades
Age en années						
0-4	63,1	244	77,6	223	50,8	248
5-14	69,8	232	82,1	251	60,2	191
15-44	61,2	219	80,9	283	55,9	320
45 +	61,2	152	83,8	179	50,0	168
Sexe						
Masculin	60,8	429	84,4	429	57,0	440
Feminin	67,5	418	78,1	507	52,0	487
Groupe Ethnique						
ZARMA	69,1	181	83,9	721	33,3	3
HAWSA	81,5	54	67,5	40	53,7	776
PEULH	59,1	323	68,5	146	56,0	25
AUTRES	63,3	289	89,7	29	58,5	123
Strate						
Avec FSP	64,7	116	69,8	149	43,9	132
Sans FSP	64,0	731	83,1	787	56,1	795
ENSEMBLE	**64,1**	**847**	**81,0**	**936**	**54,4**	**927**

FIGURE 5.1a
PROPORTION DE MALADES AYANT UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE



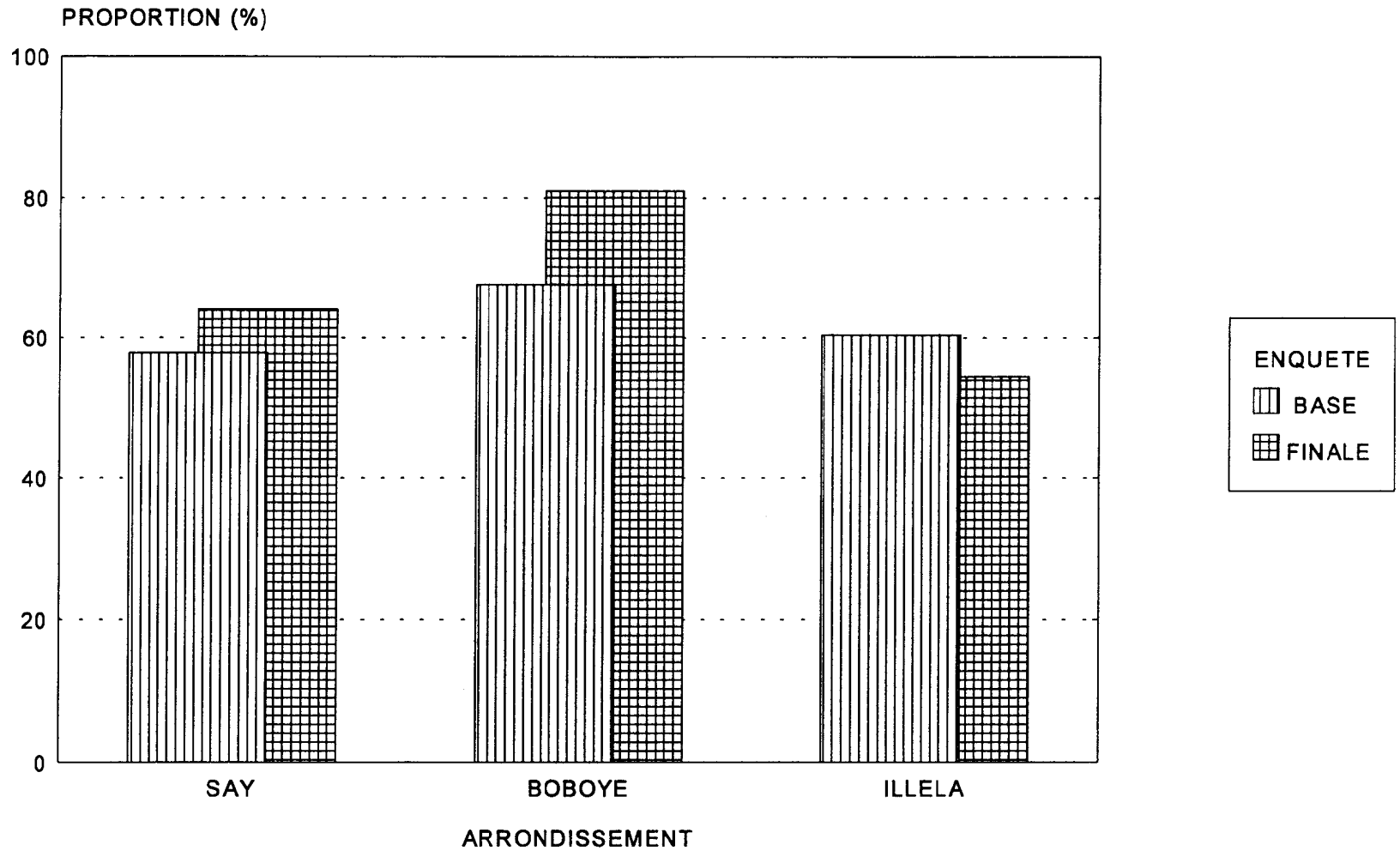
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

FIGURE 5.1b
PROPORTION DE MALADES AYANT UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LE GROUPE DE REVENUS



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

FIGURE 5.1c
PROPORTION DE MALADES AYANT UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

Dans l'enquête de base, l'utilisation des médicaments à la maison était plus prévalente dans les villages les plus proches des formations sanitaires et dans les groupes de revenus les plus élevés. Ce schéma est toujours prévalent dans l'arrondissement contrôle d'Illèla. Dans les arrondissements tests, la variabilité de l'utilisation des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire selon la proximité d'une formation sanitaire publique et le groupe de revenus s'est sensiblement réduite dans les données de l'enquête finale.

En résumé, les données des deux enquêtes supportent que l'utilisation de médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire publique est un phénomène très prévalente dans les trois arrondissements. La propension d'utiliser des médicaments à la maison ne varie pas selon les caractéristiques démographiques du malade. Cependant, elle est plus élevée dans les groupes de revenus les plus élevés et dans les villages les plus proches des formations sanitaires publiques avant le démarrage des tests pilotes. Ce schéma de variation s'est ntenu dans l'arrondissement contrôle d'Illèla après le démarrage des tests; il a tendu à disparaître dans les arrondissements de Boboye et de Say après le démarrage des tests. En effet, la propension d'utiliser des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire a atteint des niveaux comparables dans les différents groupes de revenus et les villages quelle que soit le temps pour se rendre à une formation sanitaire publique dans les arrondissements test.

5.2 ACHAT DE MÉDICAMENTS

L'enquête de base avait révélé que l'achat de médicaments pour remédier à la maladie avant tout recours à un prescripteur était un phénomène prévalant dans les trois arrondissements avant le démarrage des tests pilotes. Les données de l'enquête finale supporte la même conclusion: la proportion de malades ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire dans l'arrondissement contrôle d'Illéla s'élève à 33 pour cent; elle atteint 44 pour cent à Say et 55 pour cent dans le Boboye (voir ***tableau 5.2a***).

Les caractéristiques démographiques du malade ne semblent pas affecter la propension à acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire: les différences observées entre les trois arrondissements sont reflétées au niveau de chaque groupe démographique (voir ***tableau 5.2a***).

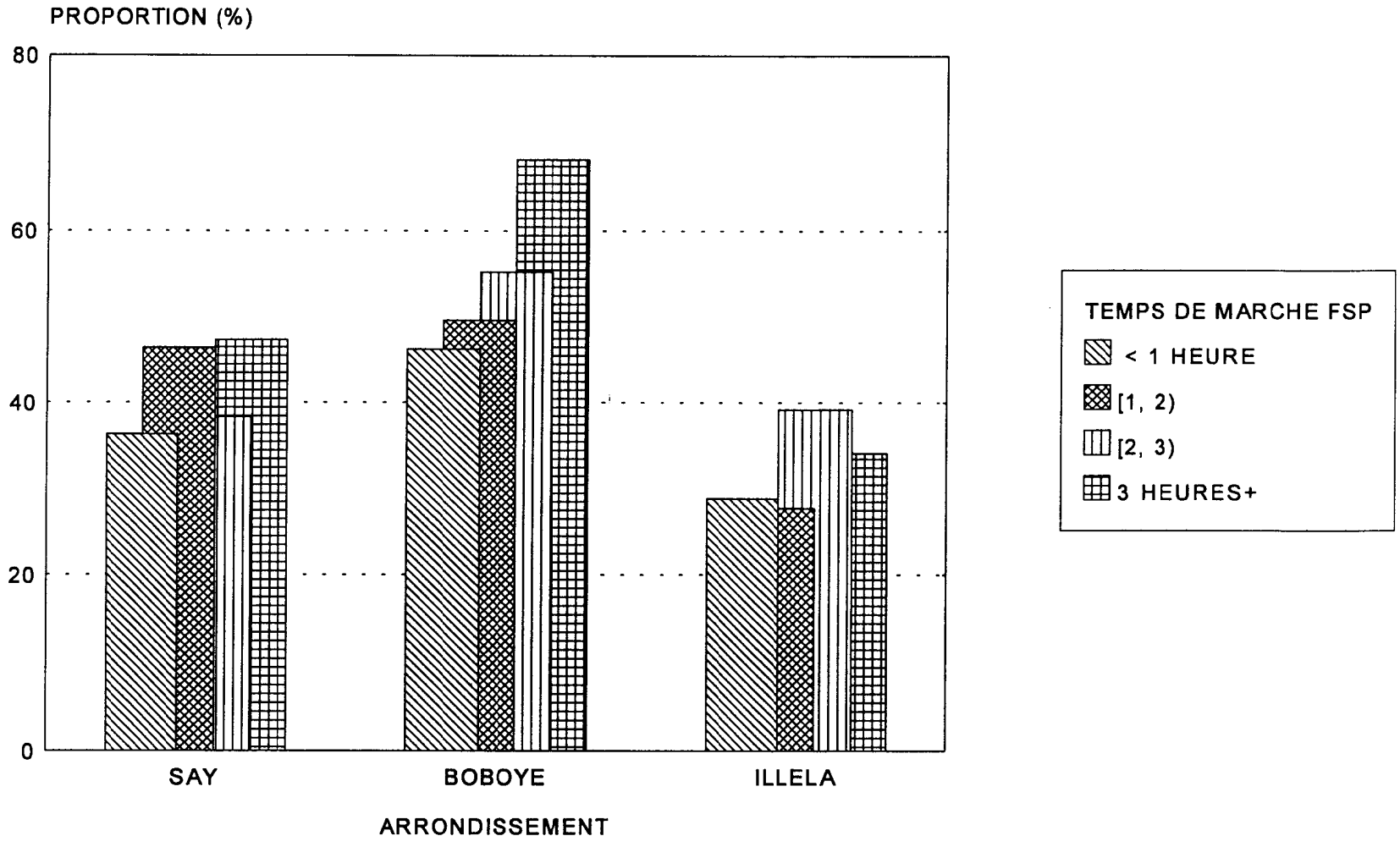
La ***figure 5.2a*** résume la variation de la propension d'acheter des médicaments avant tout recours à un prescripteur selon la proximité des formations sanitaires publiques. Il est important de noter qu'il y a une covariation spatiale entre la proximité des dépôts pharmaceutiques et la proximité des formations sanitaires publiques: les dépôts pharmaceutiques, qu'elles soient sous gestion privée ou coopérative, étant installés à proximité des formations sanitaires publiques. Par ailleurs, les secouristes villageois, qui sont toujours actives, résident en dehors des villages sites des formations sanitaires.

Dans l'arrondissement de Say, la proximité des formations sanitaires ne semblent pas affecter la propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire après le démarrage des tests pilotes. Dans les arrondissements de Boboye et l'arrondissement contrôle d'Illéla, la proportion d'individus ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire s'accroît avec la temps de marche à la formation sanitaire la plus proche.

TABLEAU 5.2a
SOINS À LA MAISON: PROPORTION D'INDIVIDUS AYANT DECLARÉ AVOIR ACHETÉ DES MÉDICAMENTS AVANT TOUTE VISITE À UNE FORMATION SANITAIRE DONNÉE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Achat de médicaments soins à la maison	Nombre de malades	Achat de médicaments soins à la maison	Nombre de malades	Achat de médicaments soins à la maison	Nombre de malades
Age en années						
0-4	44,7	244	57,0	223	33,1	248
5-14	50,0	232	57,8	251	37,7	191
15-44	40,2	219	50,2	283	33,1	320
45 +	36,8	152	54,7	179	29,8	168
Sexe						
Masculin	43,8	429	57,6	429	33,4	440
Feminin	43,3	418	52,3	507	33,5	487
Groupe Ethnique						
ZARMA	48,6	181	56,2	721	33,3	3
HAWSA	50,0	54	32,5	40	34,3	776
PEULH	40,9	323	52,7	146	40,0	25
AUTRES	42,2	289	58,6	29	26,8	123
Strate						
Avec FSP	36,2	116	43,0	149	24,2	132
Sans FSP	44,7	731	56,9	787	35,0	795
ENSEMBLE	**43.6**	**847**	**54.7**	**936**	**33.4**	**927**

FIGURE 5.2a
PROPORTION DE MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

La ***figure 5.2b*** décrit la variation de la propension d'acheter des médicaments avant tout recours à un prescripteur selon le groupe de revenus d'appartenance du ménage du malade. L'association de la propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire et le groupe de revenus est faible dans l'arrondissement de Say après le démarrage des tests pilotes. Dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla, la proportion d'individus ayant acheté des médicaments s'accroît avec le groupe de revenus.

La ***figure 5.2c*** résume les changements intervenus dans la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la proportion d'individus ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire est restée au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, par contre, il est noté une augmentation de la proportion d'individus ayant acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire entre l'enquête de base et l'enquête finale.

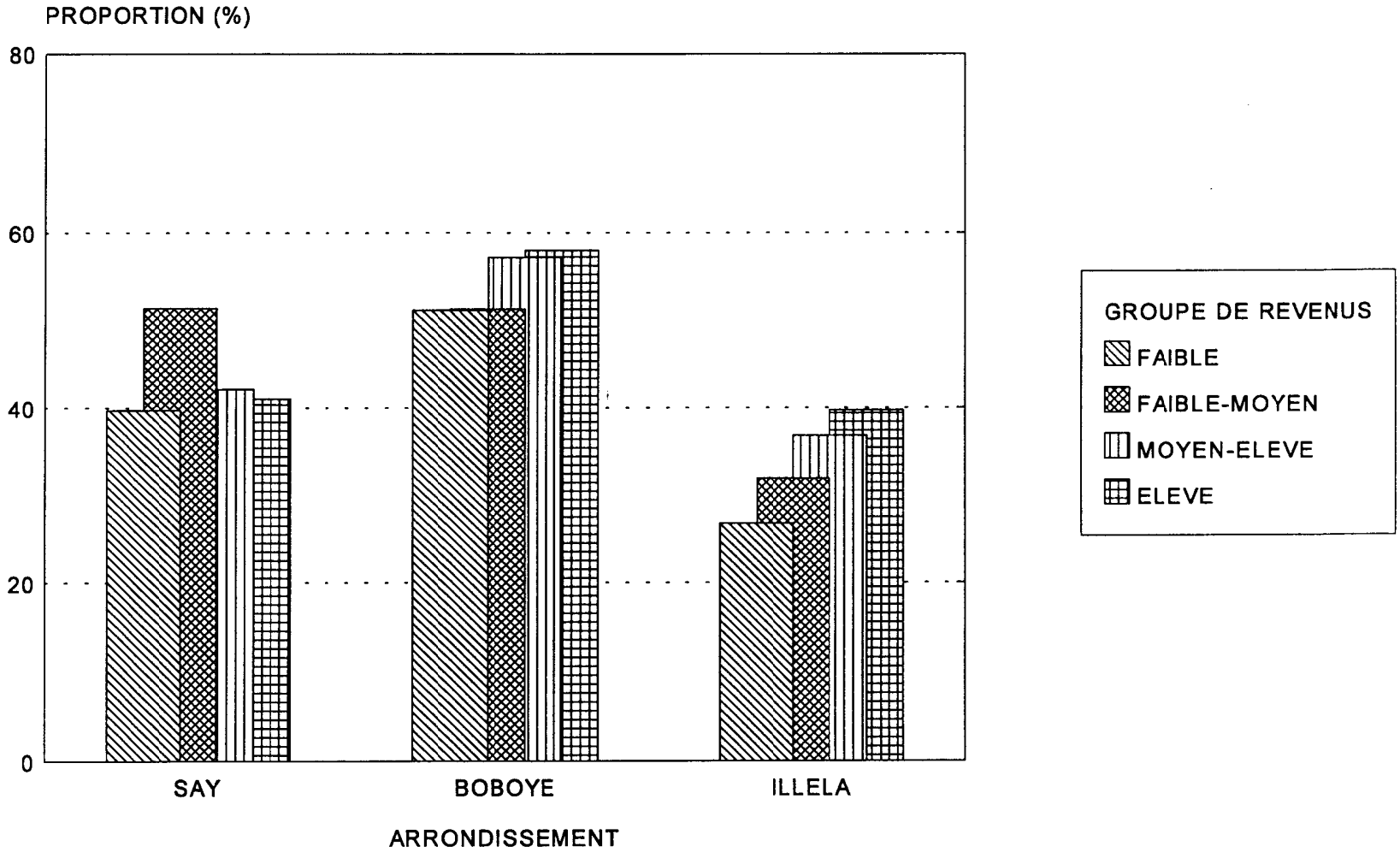
Le contrôle avec la proximité d'une formation sanitaire publique, cependant, supporte que la prévalence de l'achat des médicaments a baissé dans les villages sites des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements entre l'enquête de base et l'enquête finale (voir ***figure 5.2d***). Par contre, hors des villages sites des formations sanitaires, la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté dans les arrondissements test de Boboye et de Say; dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les niveaux observés entre l'enquête de base et l'enquête finale sont comparables.

En résumé, les deux enquêtes supportent que l'achat de médicaments pour remédier à la maladie avant de visiter une formation sanitaire publique est fréquent dans les trois arrondissements. La propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire ne varie pas selon les caractéristiques démographiques du malade. Cependant, elle est plus élevée dans les groupes de revenus les plus élevés dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla, alors que des niveaux comparables sont observés dans tous les groupes de revenus dans l'arrondissement de Say. La propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté dans les arrondissements test de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla où elle est restée au même niveau avant et après le démarrage des tests. A l'intérieur des trois arrondissements, cependant, la propension d'acheter des médicaments a relativement baissé dans les villages sites des formations sanitaires publiques; par contre, hors des villages sites des formations sanitaires dans les arrondissements test, la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté. Il est intéressant de voir comment les sources d'approvisionnement en médicaments avant de visiter une formation sanitaire ont évolué entre la période de base et la période des tests.

5.3 SOURCES D'ACHAT DES MÉDICAMENTS

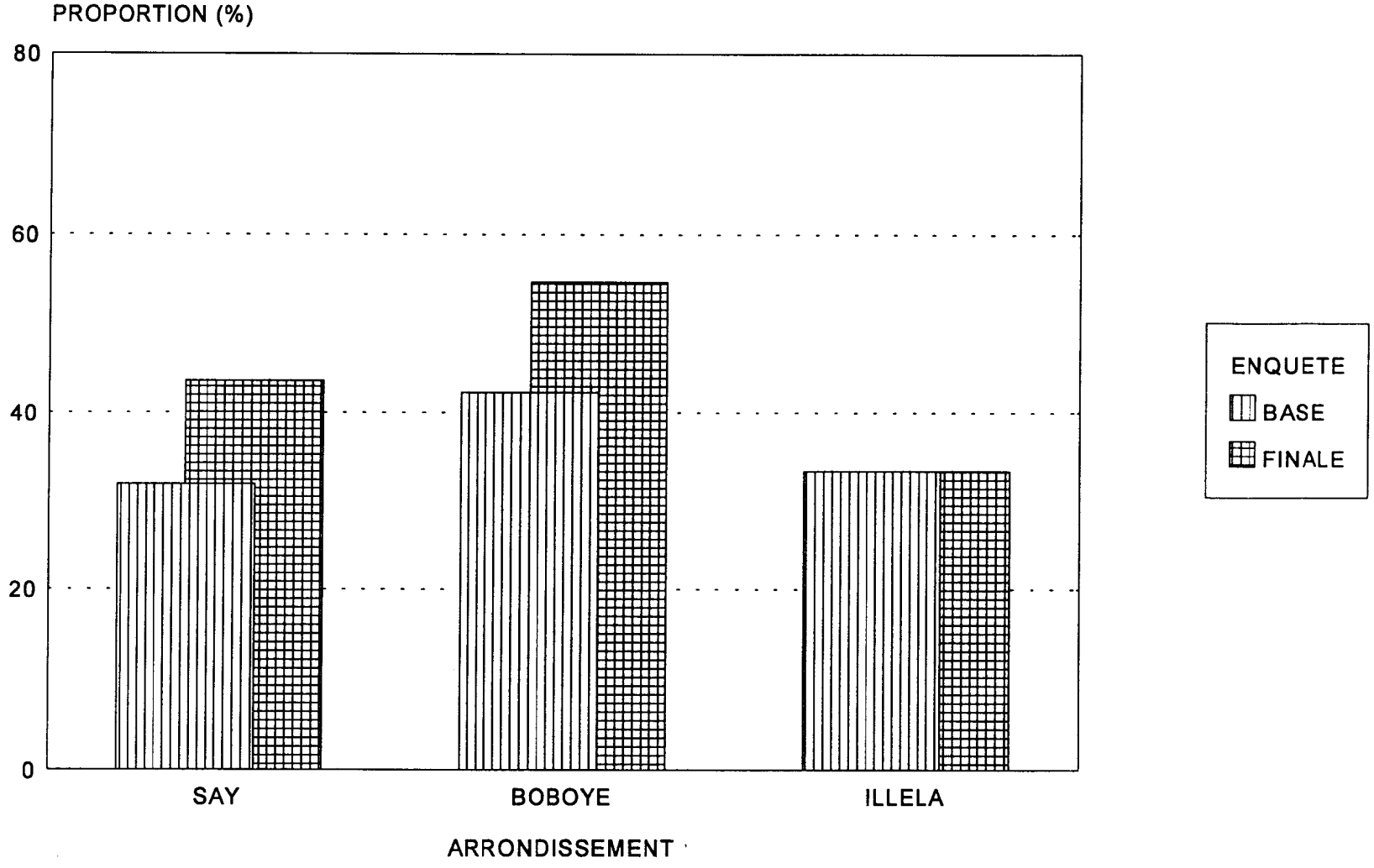
Les principales sources d'acquisition de médicaments en dehors des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements sont constituées par les pharmacies locales et les dépôts pharmaceutiques, les secouristes villageois, et le marché informel. Premièrement, seul l'arrondissement de Boboye dispose d'une pharmacie populaire au chef-lieu de l'arrondissement, qui est une composante du réseau de distribution de l'ONPPC.

FIGURE 5.2b
PROPORTION DE MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LE GROUPE DE REVENUS



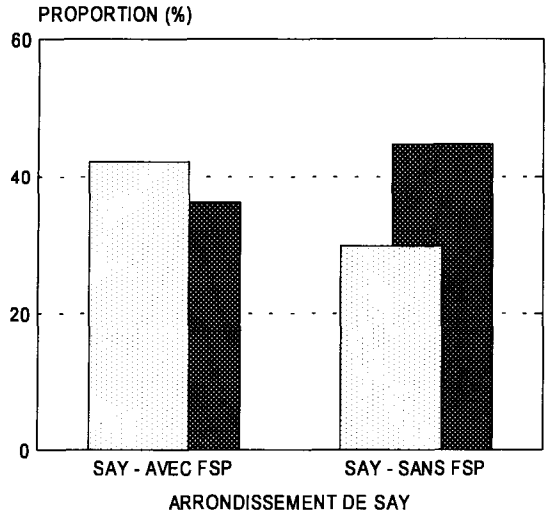
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

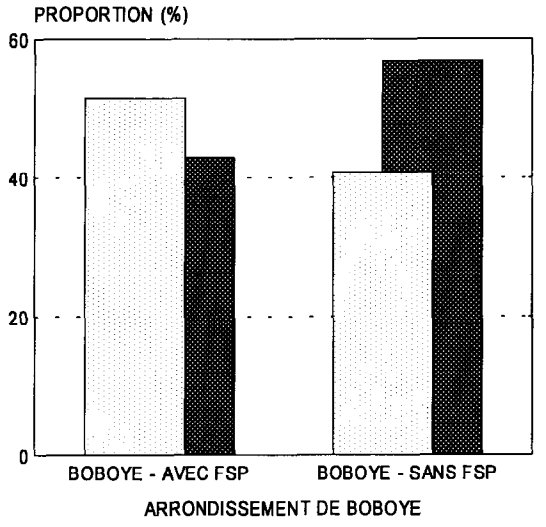
FIGURE 5.2c
PROPORTION DE MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS
AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE

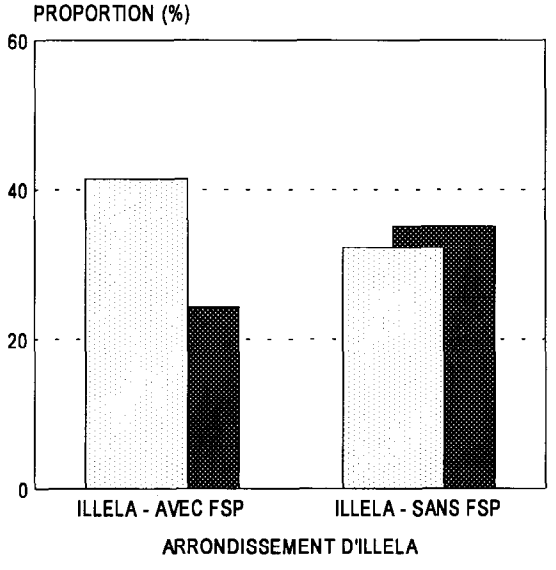


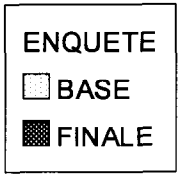
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 5.2D PROPORTION DE MALADES AYANT ACHETE DES MÉDICAMENTS AVANT DE DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE









Le chef-lieu de l'arrondissement de Say dispose d'une pharmacie privée gérée par l'Association des Femmes du Niger; d'autres dépôts pharmaceutiques privées sont installés à proximité des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement. La majorité des dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement d'Illéla, installés à proximité des formations sanitaires publiques, sont gérés par des coopératives locales. Deuxièmement, les activités des secouristes villageois a subi les contre-coups du relâchement du réseau des équipes de santé villageoise (ESV) dont ils étaient une composante. Cependant, dans l'arrondissement de Say, la supervision des ESV dans le cadre du Projet d'Appui aux Soins de Santé Prires a pu maintenir des secouristes dans plusieurs villages. Par ailleurs, l'assistance médicale Belge a engagé la redynamisation des ESV dans le département de Dosso, dont l'arrondissement de Boboye, en 1993. Il faut rappeler que les secouristes ne sont actives que dans les villages ne disposant pas de formation sanitaire. Enfin, le marché informel inclut les marchands ambulants et les petits commerçants installés dans les marchés permanents de quelques gros villages.

Le ***tableau 5.3*** présente les sources d'achat de médicaments dans le cadre des soins à la maison dans les trois arrondissements. Entre 10 à 12 pour cent des malades ont acquis les médicaments dans une pharmacie ou un dépôt pharmaceutique dans les trois arrondissements. Les 90 pour cent de malades qui restent ont acquis les médicaments soit chez un secouriste soit dans le marché informel.

Il existe un contraste très net de la répartition de l'achat des médicaments entre les secouristes et le marché informel entre l'arrondissement contrôle d'Illéla d'une part et les arrondissements test d'autre part. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, 72 pour cent des malades ont acheté les médicaments dans le marché informel et 18 pour cent auprès d'un secouriste du village. Dans l'arrondissement de Boboye, 51 pour cent des malades ont acheté les médicaments dans le marché informel et 38 pour cent auprès des secouristes; dans l'arrondissement de Say, ces proportions s'élèvent respectivement à 52 pour cent et 36 pour cent.

La ***figure 5.3a*** résume la variation des sources d'achat des médicaments dans les trois arrondissements selon la proximité des formations sanitaires publiques, donc des dépôts pharmaceutiques. Dans les villages situés à moins d'une heure de marche des formations sanitaires, 13 pour cent des malades ont acheté les médicaments dans un dépôt pharmaceutique dans l'arrondissement contrôle d'Illèla, 15 pour cent dans l'arrondissement de Boboye, et 19 pour cent dans l'arrondissement de Say. Au-delà de deux heures de marche des formations sanitaires, la proportion de malades qui acquièrent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques tombent respectivement à 10 pour cent, 7 pour cent, et 6 pour cent.

Dans les villages situés à moins de deux heures de marche des formations sanitaires dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, plus de 86 pour cent des malades achètent les médicaments au marché informel. Dans les villages les plus éloignés, cette proportion tombe à 66 pour cent: en effet, les secouristes continuent d'y ravitailler 24 pour cent des malades.

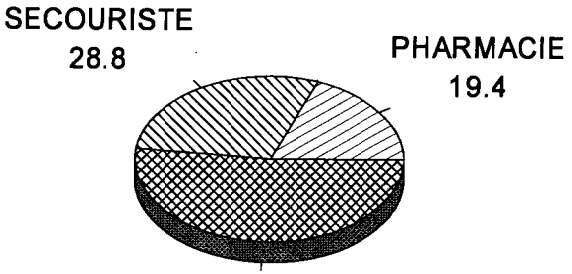
Dans l'arrondissement de Boboye, la part des malades qui achètent des médicaments auprès du marché informel est plus élevée dans les villages situés à proximité des formations sanitaires comparés aux villages les plus éloignés: en effet, au delà de deux heures de marche des formations sanitaires, près de 56 pour cent des malades achètent les médicaments auprès des secouristes. Dans l'arrondissement de Say, l'achat de médicaments auprès du marché informel représente une part relativement comparable entre les villages proches et éloignés des formations sanitaires: l'achat de médicaments auprès des secouristes est, cependant, plus prévalent dans les villages éloignés des formations sanitaires.

TABLEAU 5.3
SOINS À LA MAISON: DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT ACHETÉ DES MÉDICAMENTS AVANT TOUTE VISITE À UNE FORMATION SANITAIRE DONNÉE SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT ET QUELQUES CARACTÉRISTIQUES ECONOMIQUES DU MÉNAGE PAR ARRONDISSEMENT:
(MALADES AYANT ACHETÉ DES MÉDICAMENTS AVANT DE VISITER UNE FS)

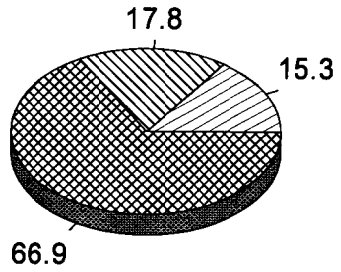
ARRONDISSEMENT	SOURCE D'ACHAT DES MÉDICAMENTS—SOINS A LA MAISON				
	PHARMACIE	SECOURISTE	AU MARCHE	TOTAL	NOMBRE D'INDIVIDUS
SAY					
Temps de marche à la formation sanitaire la plus proche					
< 2 heures	19,4	28,8	51,8	100,0	170
2 heures +	6,0	41,2	52,8	100,0	199
Groupe de Revenus					
Faible	7,6	40,1	52,3	100,0	197
Elevé	17,4	30,2	52,3	100,0	172
ENSEMBLE—SAY	**12,2**	**35,5**	**52,3**	**100,0**	**369**
BOBOYE					
Temps de marche à la formation sanitaire la plus proche					
< 2 heures	15,3	17,8	66,9	100,0	242
2 heures +	7,4	55,9	36,7	100,0	270
Groupe de Revenus					
Faible	5,0	42,3	52,7	100,0	220
Elevé	15,8	34,6	49,7	100,0	292
ENSEMBLE—BOBOYE	**11,1**	**37,9**	**51,0**	**100,0**	**512**
ILLELA					
Temps de marche à la formation sanitaire la plus proche					
< 2 heures	12,5	1,1	86,4	100,0	88
2 heures +	9,5	24,3	66,2	100,0	222
Groupe de Revenus					
Faible	6,6	15,9	77,5	100,0	151
Elevé	13,8	19,5	66,7	100,0	159
ENSEMBLE—ILLELA	**10,3**	**17,7**	**71,9**	**100,0**	**310**

Figure 5.3a

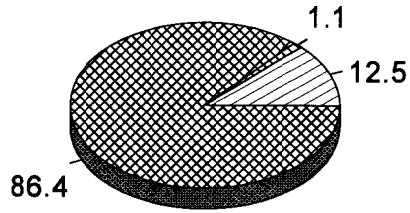
DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT ET LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE LA PLUS PROCHE



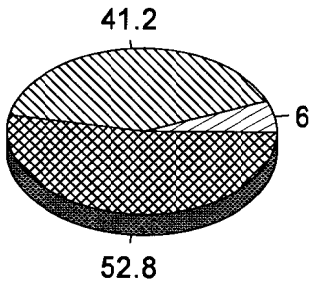
SAY - < 2 HEURES



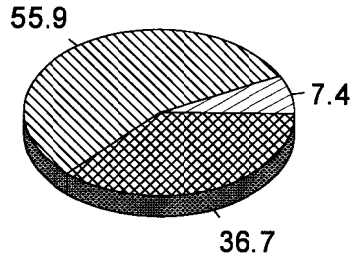
BOBOYE - < 2 HEURES



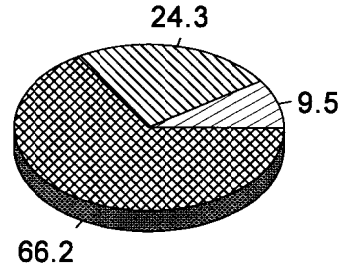
ILLELA - < 2 HEURES



SAY - 2 HEURES+



BOBOYE - 2 HEURES+



ILLELA - 2 HEURES+

La ***figure 5.3b*** résume la distribution des sources d'achat de médicaments parmi les groupes de revenus faibles et les groupes de revenus élevés. Comme il pouvait être attendu, une proportion plus élevée de malades des groupes de revenus élevés achètent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques comparés aux malades des groupes de revenus les plus faibles. La majorité des pauvres achètent les médicaments au marché informel: cette situation est plus prévalante dans l'arrondissement contrôle d'Illéla comparé aux arrondissements test de Boboye et de Say où les secouristes constituent une source importante d'achat de médicaments des malades des ménages les plus pauvres.

Les sources d'achat de médicaments dans le cadre des soins à la maison ont fortement varié entre l'enquête de base et l'enquête finale (voir ***figure 5.3c***). Le premier constat est que la part de malades qui achètent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques a baissé de plus de moitié dans les trois arrondissements. La prévalence de cette baisse dans l'arrondissement contrôle d'Illéla supporte qu'elle n'est pas liée uniquement aux effets de l'introduction du recouvrement des coûts dans les arrondissements test.

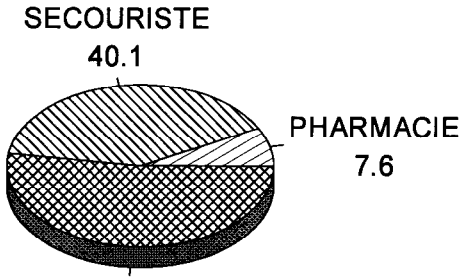
En effet, dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, parmi les malades résidant à moins de deux heures de marche des formations sanitaires, 54 pour cent des malades ayant acheté des médicaments dans le cadre des soins à la maison avaient acheté les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques dans l'enquête de base; dans l'enquête finale, cette proportion est tombée à 13 pour cent dans cette sous-population. La même tendance est observée parmi les malades des groupes de revenus les plus élevés. Ces tendances reflètent d'une part les difficultés de ravitaillement en médicaments essentiels qui ont prévalu dans le pays durant l'année 1993, d'autre part plusieurs dépôts pharmaceutiques connaissent des difficultés de gestion qui se reflètent négativement sur le niveau de leurs ventes: sur cinq dépôts pharmaceutiques dans l'arrondissement d'Illéla, seul un dépôt peut être cité comme ayant eu une gestion stable durant l'année 1993.

Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, les difficultés de ravitaillement en médicaments essentiels qui ont prévalu durant l'année 1993 et la mise en place des stocks de médicaments dans les formations sanitaires publiques test ont fortement réduit le marché des dépôts pharmaceutiques. Il est difficile de séparer les effets de ces deux phénomènes sur la diminution des activités des dépôts pharmaceutiques.

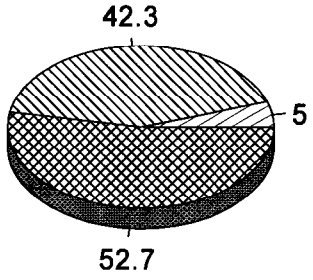
La ***figure 5.3c*** révèlent, par ailleurs, que la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement d'Illéla a été occupée par le marché informel. En effet, 57 pour cent des malades qui ont acheté des médicaments avant de visiter une formation sanitaire les ont acquis auprès du marché informel dans l'enquête de base; dans l'enquête finale, cette proportion a augmenté au niveau de 72 pour cent. De ce point de vue, l'arrondissement test de Say a connu une tendance comparable à celle de l'arrondissement contrôle d'Illéla. Ce n'est uniquement que dans l'arrondissement test de Boboye que la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement a été gagnée par les secouristes villageois.

Figure 5.3b

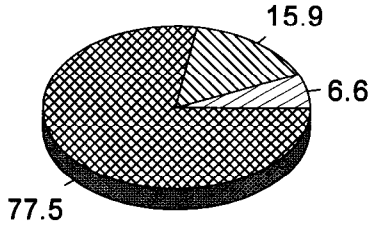
DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT SELON LE GROUPE DE REVENUS



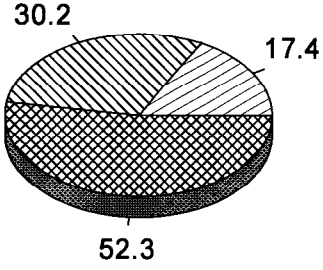
SAY - FAIBLE



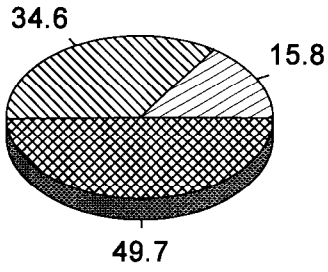
BOBOYE - FAIBLE



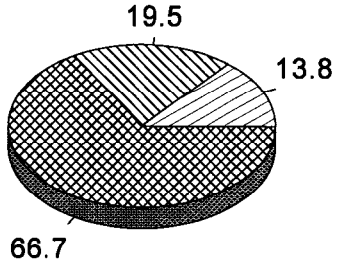
ILLELA - FAIBLE



SAY - ELEVE



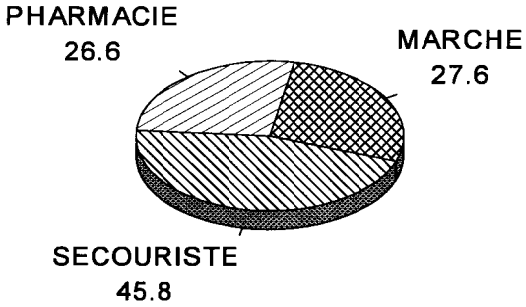
BOBOYE - ELEVE



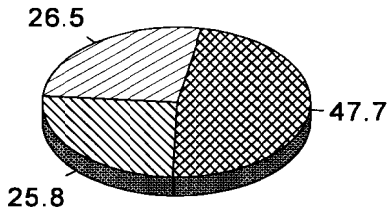
ILLELA - ELEVE

Figure 5.3c

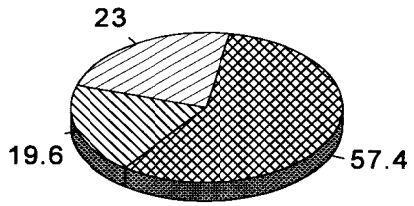
DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT ACHETE DES MEDICAMENTS AVANT DE VISITER UNE FORMATION SANITAIRE SELON LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



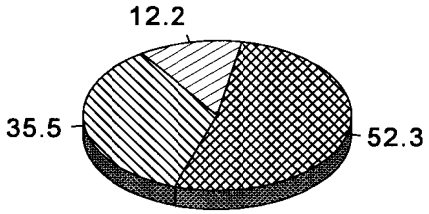
SAY - BASE



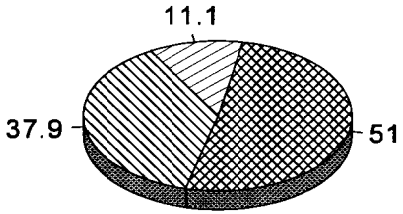
BOBOYE - BASE



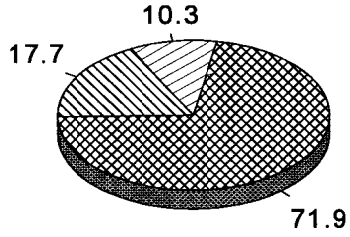
ILLELA - BASE



SAY - FINALE



BOBOYE - FINALE



ILLELA - FINALE

En résumé, les principales sources d'acquisition de médicaments en dehors des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements sont constituées par les pharmacies locales et les dépôts pharmaceutiques, les secouristes villageois, et le marché informel. Dans le cadre des soins à la maison, ce sont les sources d'achat de médicaments des malades avant de visiter une formation sanitaire publique, si visite il y a. La composante formelle de ce système local de distribution de médicaments a connu, cependant, des difficultés de ravitaillement en conséquence des ruptures de stock de médicaments essentiels qui ont prévalu durant l'année 1993 au niveau national. Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, la détérioration de la situation des pharmacies locales et des dépôts pharmaceutiques a été accentuée par la mise en place de stocks initiaux de médicaments dans les formations sanitaires publiques dans le cadre du projet des tests pilotes de recouvrement des coûts.

Entre l'enquête de base et l'enquête finale, la part de malades qui achètent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques a baissé de plus de moitié dans les trois arrondissements. La prévalence de cette baisse dans l'arrondissement contrôle d'Illéla supporte qu'elle n'est pas liée uniquement aux effets de l'introduction du recouvrement des coûts dans les arrondissements test. En effet, la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla a été occupée par le marché informel. De ce point de vue, l'arrondissement test de Say a connu une tendance comparable à celle de l'arrondissement contrôle d'Illéla. Par contre, dans l'arrondissement test de Boboye, la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement a été gagnée par les secouristes villageois. L'accroissement de la part du marché informel comme source d'achat de médicaments avant la visite à une formation sanitaire donné dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, et à moindres degrés dans l'arrondissement tests de Say, a affecté invariablement les groupes socio-économiques quelques soient leur groupe de revenu d'appartenance et leur proximité vis à vis des formations sanitaires publiques.

6.0 UTILISATION DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES

Dans cette section, l'analyse portera sur la fréquentation des formations sanitaires publiques. Les données de l'enquête de base ont montré que l'utilisation des services des prestataires alternatifs, que sont les cliniques privées et les guérisseurs traditionnels, est très faibles dans les trois arrondissements: cette conclusion est confirmée par les données de l'enquête finale (voir ***tableau 6.0***). Lorsque les malades engagent des soins en dehors de la maison dans les trois arrondissements, la quasi-totalité des malades se rendent dans une formation sanitaire publique.

En premier lieu, la fréquentation des formations sanitaires publiques avant et après le démarrage des tests pilotes sera comparée. En deuxième lieu, les changements intervenus dans la continuité des soins, la perception des malades de la disponibilité des médicaments dans le formations sanitaires publiques, la prescription d'ordonnance seront examinés. La prévalence de paiements dans le cadre du traitement au niveau des formations sanitaires publiques sera résumée en dernier lieu.

6.1 NIVEAUX D'UTILISATION

La ***figure 6.1a*** résume les changements intervenus dans l'utilisation des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale aux niveaux des trois arrondissements. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, le niveau d'utilisation des formations sanitaires publiques a baissé durant la période des tests comparé au niveau qui prévalait durant la même période avant le démarrage des tests: le niveau d'utilisation a baissé de 10 pour cent à 7 pour cent. Comme il a été noté plus haut, bien que les deux enquêtes ont été réalisées durant la période de l'année calendaire, l'enquête de base a été réalisée après la récolte du petit mil en 1992; dû au retard de la saison agricole en 1993, cependant, la réalisation de l'enquête finale a chevauché la période de récolte du petit mil. Durant la période de récolte, les coûts d'opportunité du temps des membres des ménages ruraux sont relativement élevés: ceci explique partiellement la baisse de l'utilisation dans l'arrondissement contrôle d'Illéla.

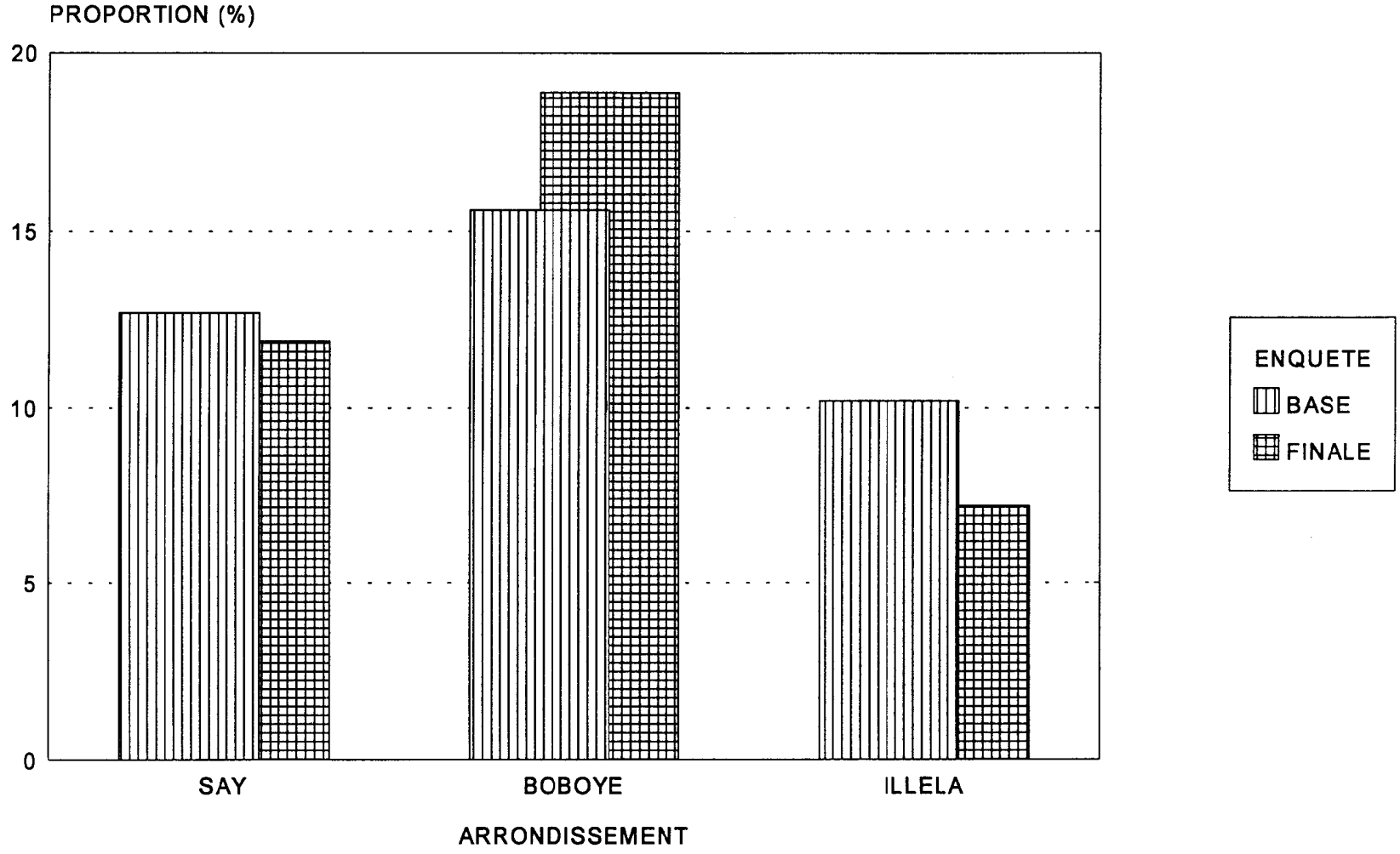
Dans l'arrondissement de Say, où est administré le mode de paiement direct, le niveau d'utilisation des formations sanitaires publiques est resté au même niveau entre la période précédant le démarrage des tests et la période des tests: le niveau d'utilisation s'est élevé à 13 pour cent avant les tests pilotes et 12 pour cent durant les tests. En d'autres termes, l'effet net de la plus grande disponibilité des médicaments et du paiement au niveau des formations sanitaires publiques a contrebalancé la tendance à la baisse qui a été observée dans l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Dans l'arrondissement de Boboye, où est administré le mode de paiement indirect, le niveau d'utilisation a progressé de 15,6 pour cent à 18,9 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Comparé à l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'utilisation des formations sanitaires publiques a nettement progressée. La comparaison entre l'arrondissement de Boboye et l'arrondissement de Say suggère que le paiement direct de 200 FCFA à Say a constitué une barrière pour l'utilisation des formations sanitaires publiques pour certaines couches de la population.

TABLEAU 6.0
SOINS HORS DE LA MAISON: PROPORTION (%) DE MALADES AYANT CHERCHÉ DES SOINS HORS DE LA MAISON SELON LE TYPE DE SOINS CHOISIS EN PREMIER LIEU PAR ARRONDISSEMENT: (MALADES ENQUÊTÉS)

SOINS HORS DE LA MAISON	ARRONDISSEMENT		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
NON	87,0	79,2	90,6
OUI			
PUBLIQUE	11,9	18,9	7,2
PRIVEE	0,1		0,2
GUERISSEUR	0,8	1,8	1,7
AUTRE	0,1	0,1	0,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Nombre de Malades	**847**	**936**	**927**

FIGURE 6.1a
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

Les données des enquêtes confirment les résultats observés sur la base des données des formations sanitaires.[4] En moyenne, la proportion de malades qui utilisent les formations sanitaires publiques a progressé dans l'arrondissement de Boboye; dans l'arrondissement de Say, l'utilisation a légèrement baissé; et dans l'arrondissement d'Illéla, l'utilisation a baissé durant la période des tests.

La baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla a affecté invariablement les groupes démographiques. Dans l'arrondissement test de Say, les mêmes niveaux d'utilisation sont observés parmi les enfants et les femmes entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires par les femmes a augmenté de 15 pour à 20 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale: soit une progression de 32 pour cent. Parmi les enfants, le niveau de la progression de l'utilisation entre l'enquête de base et l'enquête finale est comparable à celui observé parmi les femmes.

Les ***figures 6.1b, 6.1c, et 6.1d*** résument l'évolution des niveaux de l'utilisation des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale selon la proximité des formations publiques dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, les arrondissements test de Say et de Boboye.

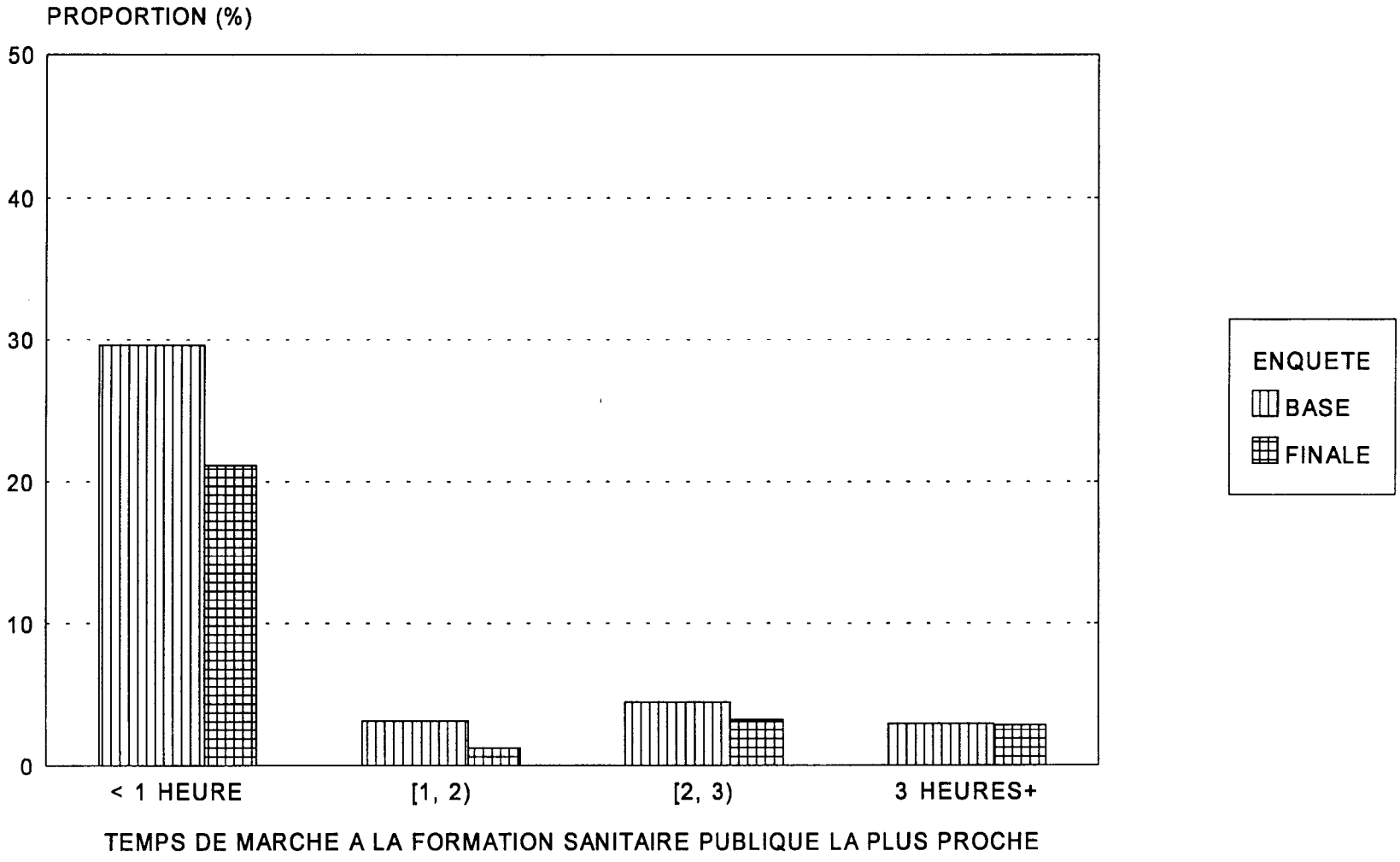
Le schéma le plus marquant à travers les trois arrondissements est la baisse brutale de l'utilisation des formations sanitaires publiques au-delà d'une heure de marche des dites formations: le même schéma est reproduit dans l'enquête de base et dans l'enquête finale. Les différences observées sur les niveaux d'utilisation selon la proximité des formations sanitaires publiques à l'intérieur des trois arrondissements sont nettement plus importantes que les différences observées d'une part entre les trois arrondissements et d'autre part entre l'enquête de base et l'enquête finale au sein d'un arrondissement donné. En d'autres termes, l'utilisation des formations sanitaires publiques est plus sensible par rapport au temps d'accès aux formations sanitaires comparée à la sensibilité de l'utilisation par rapport aux modes de paiement et tarifs administrés pour accéder aux soins.

Par ailleurs, la ***figure 6.1b*** supporte que l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle a baissé aux niveaux des populations résidant à proximité des formations sanitaires: en effet, à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation des formations sanitaires a baissé de 30 pour cent avant le démarrage des tests à 21 pour cent durant les tests. Au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée aux très faibles niveaux observés avant le démarrage des tests, à savoir moins de 5 pour cent.

---

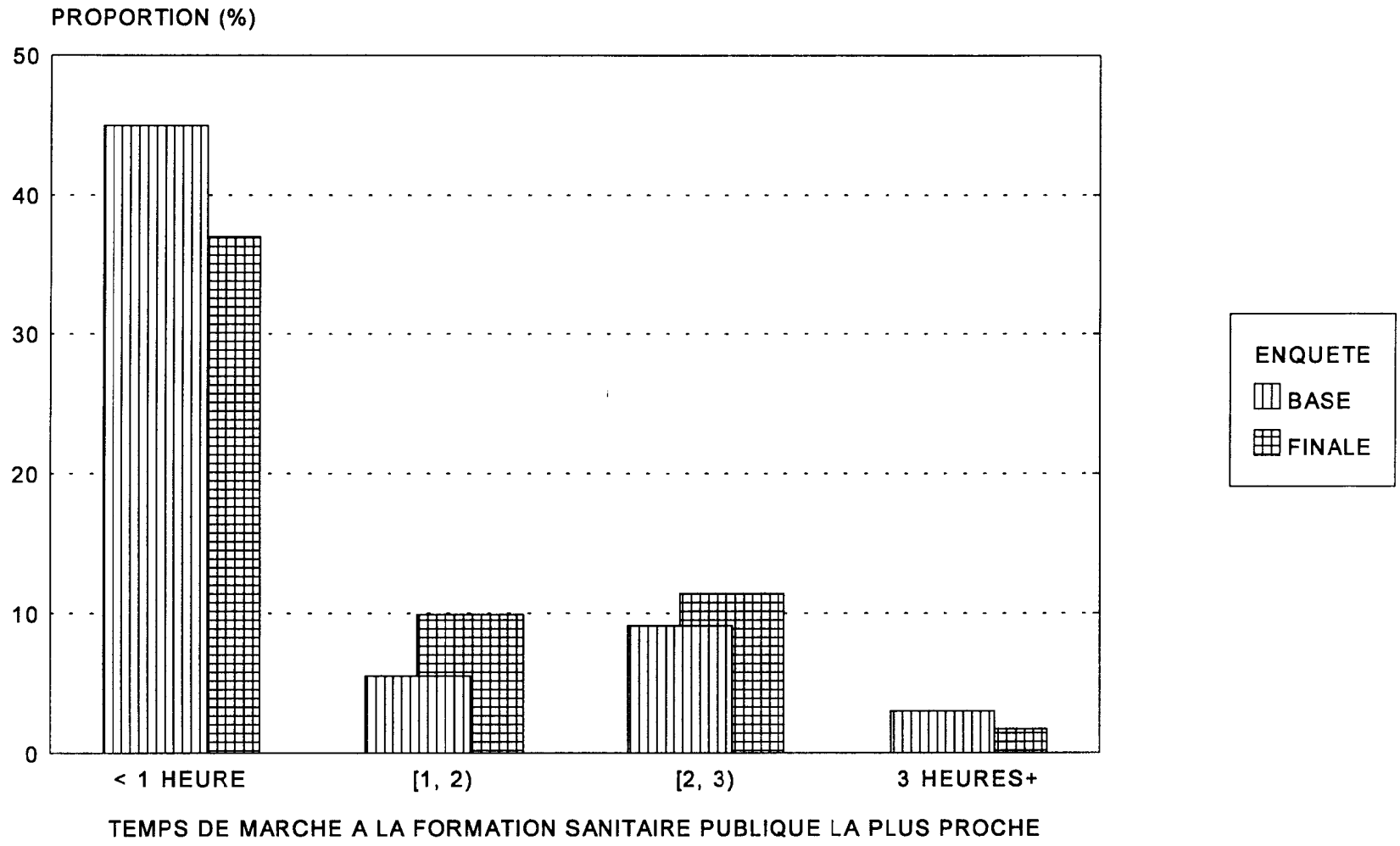
[4] Durant les six premiers mois après le démarrage du paiement des soins dans les arrondissements test, le nombre de nouveaux consultants dans les formations sanitaires publiques a baissé de 5 pour cent dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, de 10 pour cent dans l'arrondissement de Say, et augmenté de 37 pour cent dans l'arrondissement de Boboye. Diop, F. et als (1993). *Rapport Semestriel sur les Performances du Recouvrement des Coûts: Arrondissements de Boboye et de Say, mai à octobre 1993.* Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts dans le Secteur Non-hospitalier. Ministère de la Santé Publique—Health Financing and Sustainability Project. Niamey: 16 Novembre (draft).

FIGURE 6.1b - ARRONDISSEMENT D'ILLELA
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE



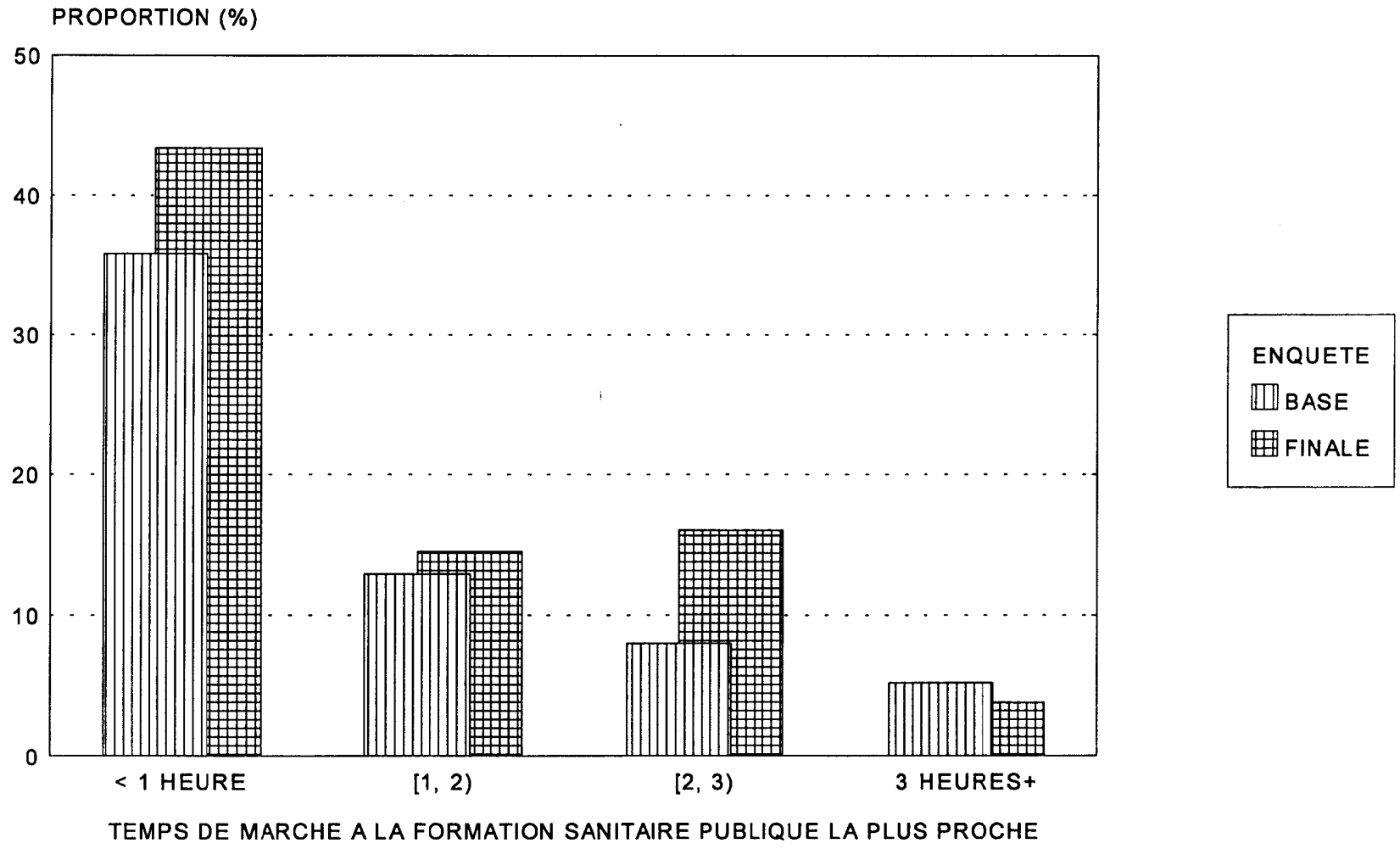
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 6.1c - ARRONDISSEMENT DE SAY
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 6.1d - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, 30 pour cent de la population résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques; 70 pour cent, au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques (voir ***tableau 3.2***). Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant à moins d'une heure de marche a légèrement baissée d'un niveau élevé de 45 pour cent avant le démarrage du paiement des soins à 37 pour cent après le démarrage du paiement des soins (voir ***figure 6.1c***). Parmi les malades résidant au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation a légèrement augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale. Ces résultats suggèrent que le paiement des 200 FCFA au niveau des formations sanitaires publiques a amélioré l'efficience à la consommation des soins de santé parmi les résidents des villages-sites des formations sanitaires publiques. Par ailleurs, l'effet attractif de la plus grande disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires publiques a dominé l'effet de barrière du paiement pour les malades résidant dans les villages éloignés des formations sanitaires.

Dix-huit (18) pour cent de la population de l'arrondissement de Say résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques; 49 pour cent, entre 1 heure et 3 heures; enfin, 33 pour cent, au-delà de 3 heures de marche (voir ***tableau 3.2c***).

Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant à moins d'une heure de marche a augmenté de 36 pour cent avant le démarrage du paiement des soins à 43 pour cent après le démarrage du paiement des soins (voir ***figure 6.1d***): soit une progression de 21 pour cent. Parmi les malades résidant entre 1 heure de marche et 3 heures de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation des formations sanitaires publiques a augmenté d'environ 11 pour cent à 15 pour cent: soit une augmentation de 42 pour cent. Au-delà de 3 heures de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée faible aux niveaux observées avant le démarrage des tests.

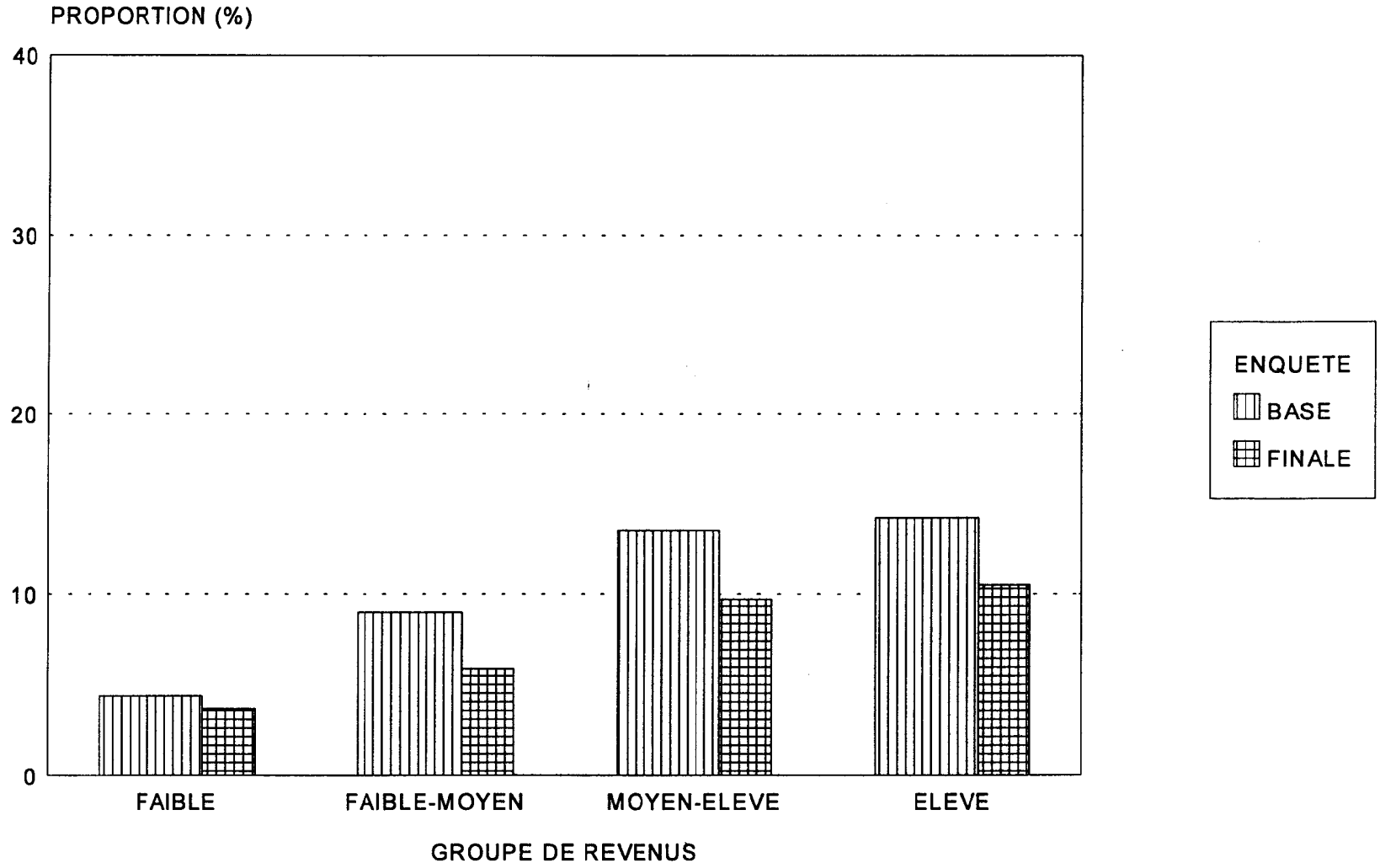
Il ne semble pas que le paiement du ticket de 50 FCFA à l'épisode dans le cadre du paiement indirect, administré dans l'arrondissement de Boboye, ait pu modérer l'utilisation des formations sanitaires publiques parmi les résidents des villages situés à proximité des formations sanitaires publiques. Malgré l'augmentation de l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant au-delà d'une heure de marche des dites formations, le temps de marche aux formations sanitaires publiques opère un rationnement des soins de santé qui n'est pas favorable aux villages éloignés des formations sanitaires.

Dans l'arrondissement de Boboye, 23 pour cent de la population résident à moins d'une heure de marche des formations sanitaires; 51 pour cent, entre 1 heure et 3 heures; enfin, 26 pour cent, au-delà de 3 heures de marche (voir ***tableau 3.2c***).

Les ***figures 6.1e, 6.1f et 6.1g*** résument l'évolution des niveaux de l'utilisation des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale selon le groupe de revenus d'appartenance des malades dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, les arrondissements test de Say et de Boboye.

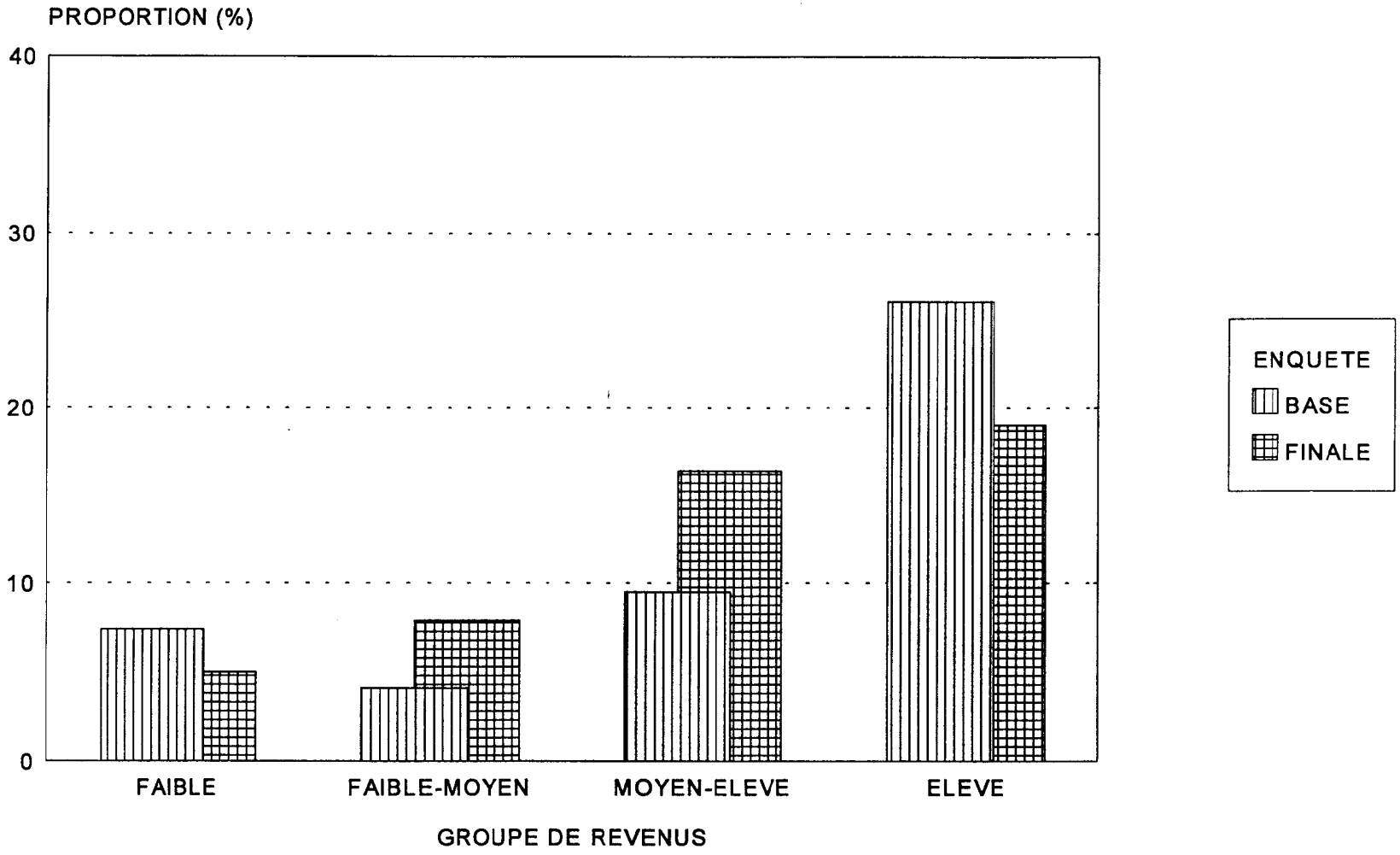
Dans les trois arrondissements, l'utilisation des formations sanitaires publiques avant le démarrage des tests pilotes était positivement associée avec le revenu monétaire du ménage du malade. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, ce schéma a continué à prévaloir après le démarrage des tests pilotes (voir ***figure 6.1e***). Par ailleurs, la baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale a affecté invariablement tous les groupes de revenus.

FIGURE 6.1e - ARRONDISSEMENT D'ILLELA
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW PARMI LES GROUPES DE REVENUS: ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE



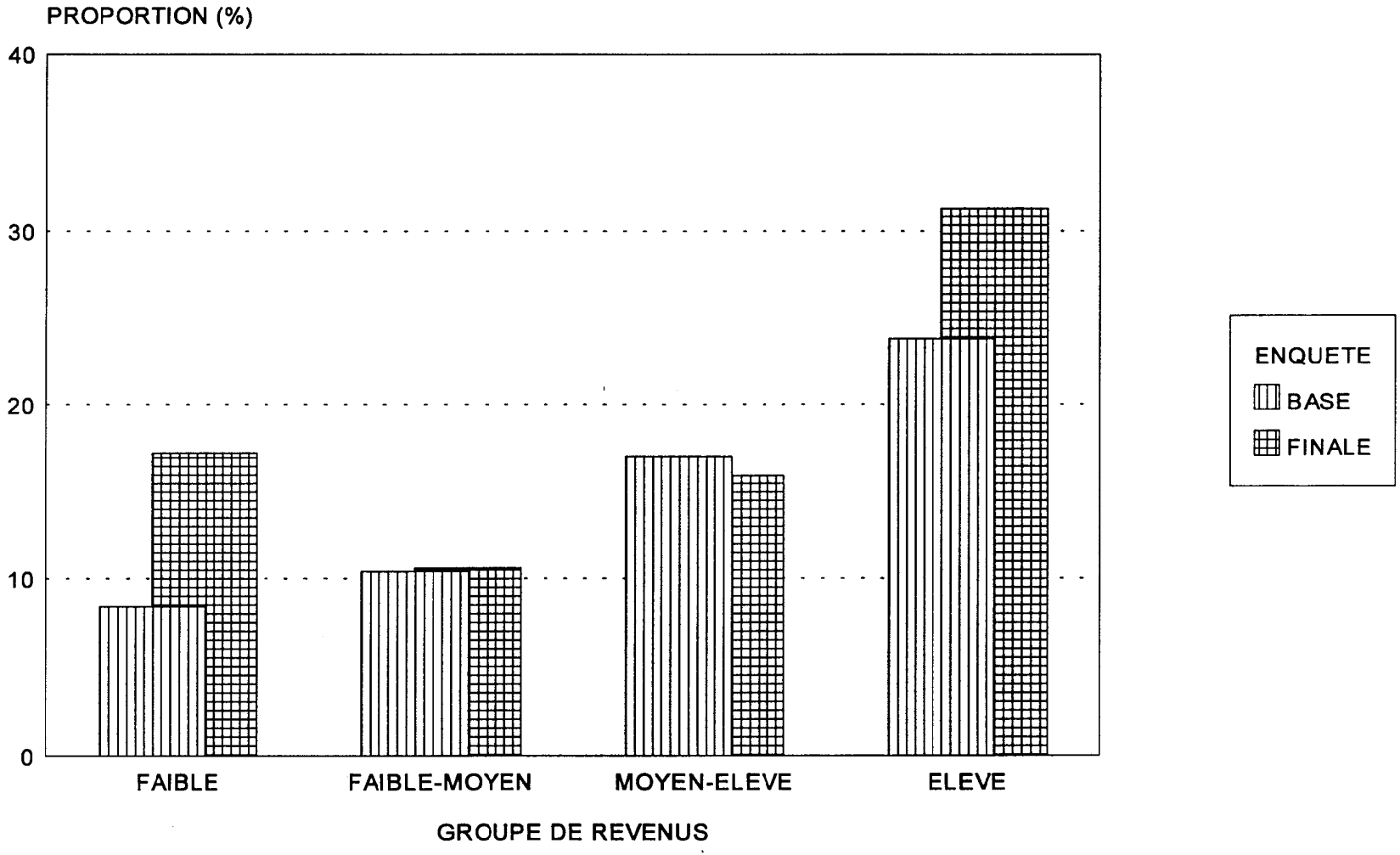
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 6.1f - ARRONDISSEMENT DE SAY
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW PARMI LES GROUPES DE REVENUS: ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 6.1g - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE
PROPORTION DE MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW PARMI LES GROUPES DE REVENUS: ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

Dans l'arrondissement de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques a baissé parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus aisés entre l'enquête de base et l'enquête finale (voir ***figure 6.1f***); une baisse similaire est observée parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres. Par contre, dans les groupes de revenus intermédiaires, l'utilisation a nettement progressé entre les deux enquêtes, passant de 6,5 pour cent dans l'enquête de base à 12,2 pour cent dans l'enquête finale.

Dans l'arrondissement de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques est resté aux mêmes niveaux entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les malades appartenant aux groupes de revenus intermédiaires (voir ***figure 6.1g***). Par contre, l'utilisation a nettement progressé parmi les maladies appartenant aux groupes de revenus les plus aisés entre les deux enquêtes. Parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres, l'utilisation des formations sanitaires publiques a doublé entre l'enquête de base et l'enquête finale, passant de 8.4 pour cent à 17.2 pour cent respectivement.

6.2 DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES SOINS

Dans cette sous-section, la qualité des soins des formations sanitaires publiques est résumée du point de vue de la continuité de la prise en charge des malades, de la perception des malades de la disponibilité des médicaments et de la prescription d'ordonnance par les prestataires de soins.

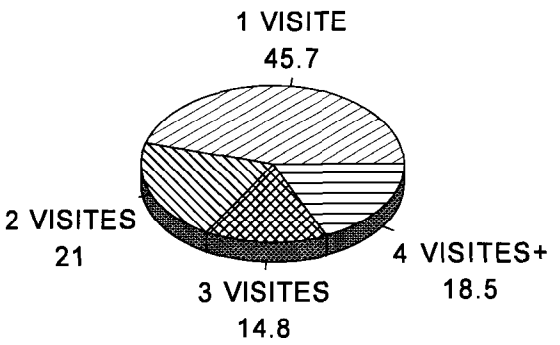
La ***figure 6.2a*** résume l'évolution de la distribution des malades ayant visité une formation sanitaire publique selon le nombre de visites durant les deux senes précédant l'interview entre l'enquête de base et l'enquête finale. La distribution des malades selon le nombre de visites est comparable entre les trois arrondissements avant le démarrage des tests pilotes: entre 48 et 53 pour cent des malades n'ont effectué qu'une seule visite dans les trois arrondissements. Par ailleurs, la proportion de malades ayant effectué au-moins trois visites avant le démarrage des tests pilotes s'élève à 26 pour cent dans l'arrondissement contrôle d'Illéla; 33 pour cent, dans l'arrondissement test de Say; et 23 pour cent, dans l'arrondissement test de Boboye.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la distribution des malades ayant visité une formation sanitaire publique selon le nombre de visites durant les deux senes précédant l'interview est comparable entre l'enquête de base et l'enquête finale. Par ailleurs, dans l'arrondissement test de Say, la proportion de malades n'ayant effectué qu'une seule visite est tombé de 48 pour cent à 35 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; la proportion de malades ayant effectué au-moins trois visites est passée de 33 pour cent à 42 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Enfin, dans l'arrondissement test de Boboye, la proportion de malades n'ayant effectué qu'une seule visite est tombé de 53 pour cent à 27 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; la proportion de malades ayant effectué au-moins trois visites est passée de 23 pour cent à 51 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale.

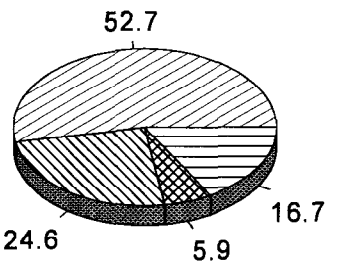
En résumé, il n'y a pas eu de changement dans la continuité des soins dans l'arrondissement contrôle d'Illéla avant et après le démarrage des tests pilotes. Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, la continuité de la prise en charge des patients par les formations sanitaires publiques a nettement progressé.

Figure 6.2a

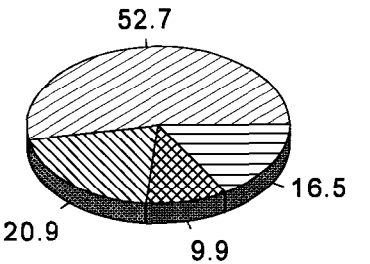
DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE SELON LE NOMBRE DE VISITES DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



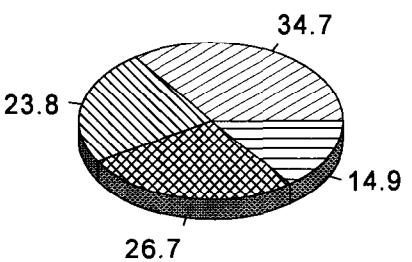
SAY - BASE



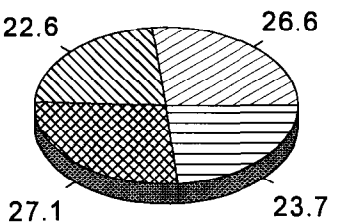
BOBOYE - BASE



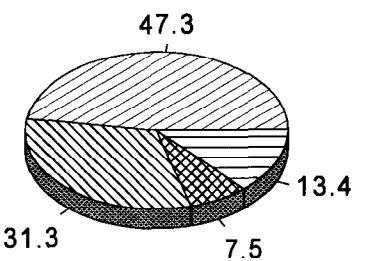
ILLELA - BASE



SAY - FINALE



BOBOYE - FINALE



ILLELA - FINALE

La ***figure 6.2b*** résume l'évolution de la perception de la disponibilité des médicaments dans la formation sanitaire publique visitée par les malades entre l'enquête de base et l'enquête finale dans les trois arrondissements. Avant le démarrage des tests, 22 pour cent des patients de l'arrondissement contrôle d'Illéla déclarent que les médicaments sont rarement disponibles contre 34 pour cent qui déclarent que les médicaments sont toujours disponibles. Dans l'arrondissement test de Say, ces proportions sont respectivement de 33 pour cent et de 24 pour cent avant le démarrage des tests. Enfin, dans l'arrondissement test de Boboye, ces proportions sont respectivement de 38 pour cent et de 11 pour cent avant le démarrage des tests. En d'autres termes, du point de vue de la perception des malades ayant visité une formation sanitaire publique, la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques était meilleure dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, à un degré moindre dans l'arrondissement test de Say, comparés à l'arrondissement test de Boboye avant le démarrage des tests pilotes[5].

Après le démarrage des tests, 27 pour cent des patients de l'arrondissement contrôle d'Illéla déclarent que les médicaments sont rarement disponibles contre 19 pour cent qui déclarent que les médicaments sont toujours disponibles. La comparaison des réponses de l'enquête de base et de l'enquête finale suggère que du point de vue des perceptions des patients, la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques s'est détériorée dans l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Par ailleurs, dans l'arrondissement test de Say, 19 pour cent des patients déclarent que les médicaments sont rarement disponibles contre 56 pour cent qui déclarent que les médicaments sont toujours disponibles après le démarrage des tests. En d'autres termes, la proportion des patients des formations sanitaires publiques qui déclarent que les médicaments sont toujours disponibles a doublé entre l'enquête de base et l'enquête finale dans l'arrondissement de Say.

Enfin, dans l'arrondissement test de Boboye, 3 pour cent des patients déclarent que les médicaments sont rarement disponibles contre 71 pour cent qui déclarent que les médicaments sont toujours disponibles.

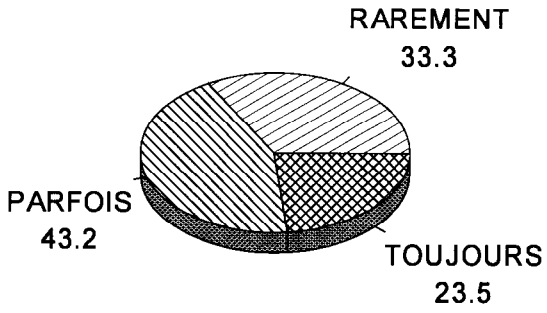
En résumé, du point de vue des patients, la disponibilité des médicaments s'est nettement améliorée dans les formations sanitaires publiques des arrondissements test durant la période des tests pilotes, comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla. Par ailleurs, la disponibilité des médicaments s'est nettement plus améliorée dans les formations sanitaires publiques de l'arrondissement test de Boboye, comparé à l'arrondissement test de Say. Ce dernier résultat est cohérent avec les performances relatives de la gestion des médicaments dans les formations sanitaires publiques des deux arrondissements test: le personnel soignant de l'arrondissement de Boboye, ayant une meilleure maîtrise des stratégies plainte-traitement, a pu minimiser les ruptures de stocks de médicaments, comparé à l'arrondissement de Say où les stratégies sont nouvellement introduites.

---

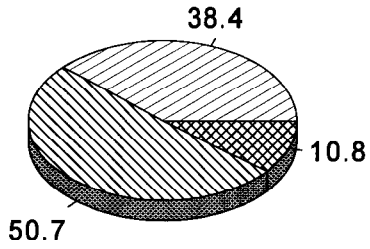
[5] Avant le démarrage des tests, les perceptions des patients de la disponibilité des médicaments sont cohérentes avec les niveaux respectifs des dotations réelles de médicaments du budget central aux formations sanitaires publiques des trois arrondissements en 1992. En effet, la dotation semestrielle de l'Etat en médicaments à la circonscription médicale d'Illéla s'élevait à environ 250 FCFA par nouveau consultant soins curatifs en 1992; 94 FCFA à Say, et 57 FCFA dans le Boboye.

Figure 6.2b

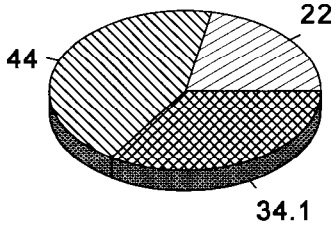
DISTRIBUTION (%) DES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE SELON LA PERCEPTION DE LA DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



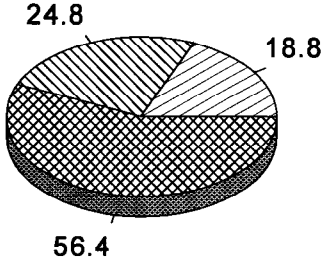
SAY - BASE



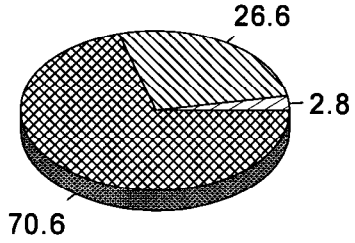
BOBOYE - BASE



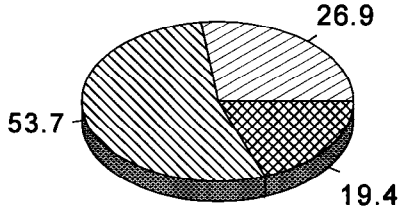
ILLELA - BASE



SAY - FINALE



BOBOYE - FINALE



ILLELA - FINALE

La disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques peut être indirectement appréciée par la prévalence des prescriptions d'ordonnance aux niveaux des dites formations. La ***figure 6.2c*** résume l'évolution de la prévalence des prescriptions d'ordonnance entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les malades ayant visité une formation sanitaire publique dans les trois arrondissements. Avant le démarrage des tests pilotes, 63 pour cent des patients des formations sanitaires publiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla avaient été prescrits une ordonnance; cette proportion se situait à 52 pour cent dans l'arrondissement test de Say, et 68 pour cent dans l'arrondissement test de Boboye.

Après le démarrage des tests, la prévalence de la prescription d'ordonnance est tombée à 49 pour cent dans l'arrondissement contrôle d'Illéla: soit une baisse relative de 22 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Par ailleurs, dans l'arrondissement test de Say, la prévalence de la prescription d'ordonnance est tombée à 29 pour cent après le démarrage des tests: soit une baisse relative de 44 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Enfin, la prévalence de la prescription d'ordonnance est tombée à 25 pour cent après le démarrage des tests dans l'arrondissement test de Boboye: soit une baisse relative de 63 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale.

En résumé, l'évolution des perceptions des patients quant à la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques et l'évolution de la prévalence de la prescription d'ordonnance sont cohérentes entre l'enquête de base et l'enquête finale. Contrairement à l'arrondissement contrôle d'Illéla, le personnel soignant des arrondissements test de Boboye et de Say a de moins en moins recours à la prescription d'ordonnance après le démarrage des tests. Il n'est pas étonnant que la prise en charge des patients et la continuité des soins soient nettement améliorées dans les arrondissements test de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla.

6.3 PRÉVALENCE DES PAIEMENTS

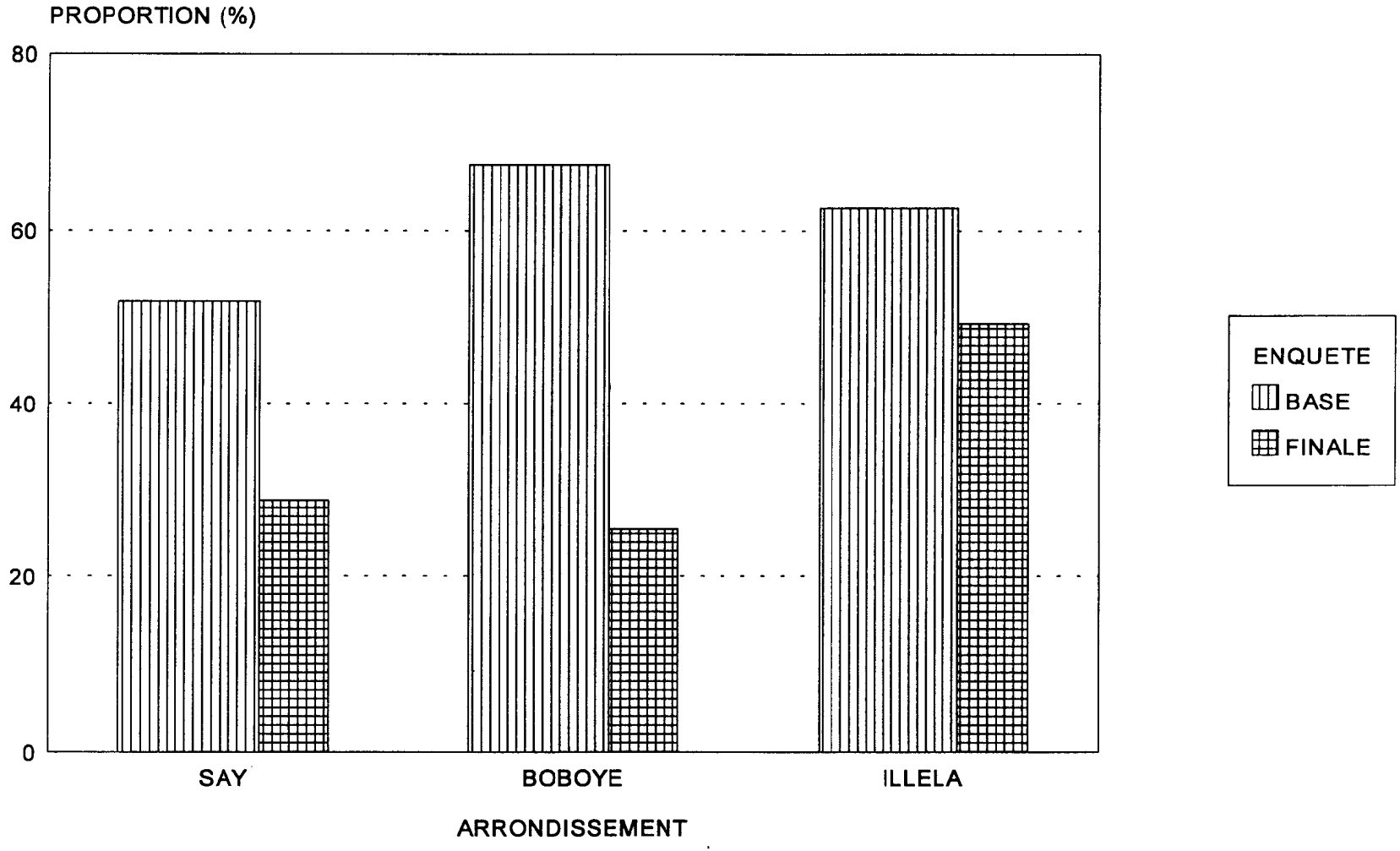
Les paiements pour le traitement au niveau d'une formation sanitaire publique incluent les paiements pour les consultations, l'achat des médicaments, les examens, et autres services reçus au niveau de la formation sanitaire. Avec le démarrage des tests pilotes dans les arrondissements test de Boboye et de Say, ces paiements se réduisent pour l'essentiel au paiement forfaitaire pour l'épisode de maladie dans le cadre des modes de paiement en cours de test.

La ***figure 6.3*** résume l'évolution de la prévalence des paiements pour le traitement aux niveaux des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale dans les trois arrondissements. Avant le démarrage des tests, 34 pour cent des patients des formations sanitaires publiques déclarent avoir effectué un paiement quelconque pour assurer le traitement dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans l'arrondissement test de Say, cette proportion se situe à 37 pour cent. Elle était beaucoup plus faible dans l'arrondissement test de Boboye, où elle s'élevait à 3 pour cent avant le démarrage des tests pilotes.

Après le démarrage des tests pilotes, une proportion importante de patients des formations sanitaires publiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla, où les soins sont gratuits, continuent de payer pour assurer leur traitement: 42 pour cent des patients déclarent avoir effectué un paiement quelconque pour leur traitement.

FIGURE 6.2c

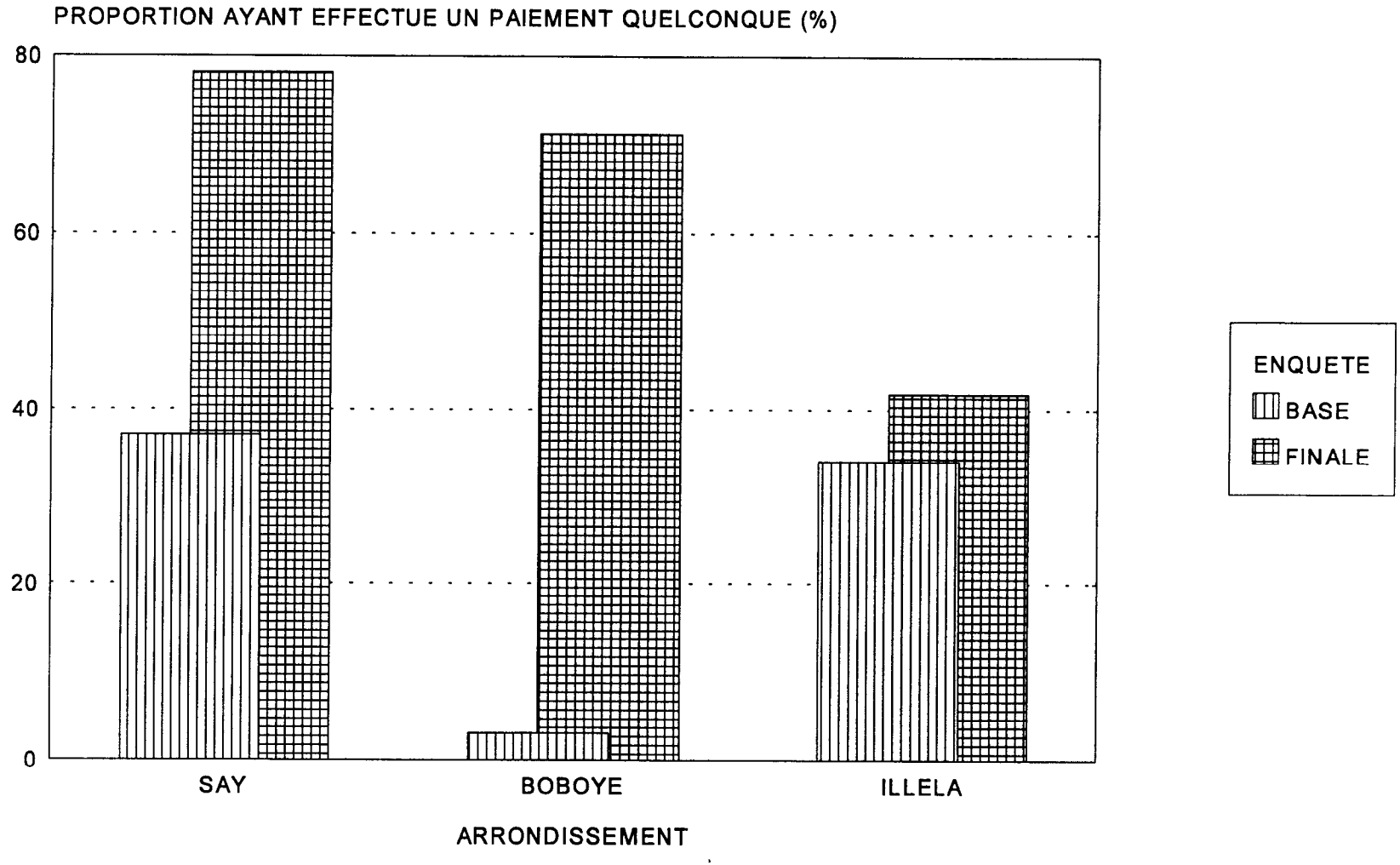
PROPORTION DE MALADES AYANT ETE PRESCRITS UNE ORDONNANCE
PARMI LES MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION PUBLIQUE DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 6.3

PREVALENCE DES PAIEMENTS POUR LE TRAITEMENT AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES PARMI LES MALADES AYANT VISITE UNE FORMATION PUBLIQUE DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

Comme il pouvait être attendu, avec l'introduction du recouvrement des coûts dans les arron-

pour le traitement a fortement augmenté. Soixante-onze (78) pour cent des patients déclarent avoir effectué un payement dans l'arrondissement test de Say, contre 71 pour cent dans l'arrondissement test de Boboye: dans les deux arrondissements test, les proportions d'individus qui déclarent avoir effectué un paiement quelconque sont cohérentes avec les données des formations sanitaires.

En résumé, les données des enquêtes supportent qu'il y a une adhérence au système des paiements au niveau des arrondissements test de Boboye et de Say. Le paradoxe des paiements dans une cadre de gratuité des soins continue de prévaloir dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Les données sur les dépenses liées à la maladie permettront d'évaluer l'incidence financière des paiements et son évolution entre l'année de base et l'année des tests.

7.0 DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE

Durant les deux senes précédant l'interview, la quasi-totalité des malades qui ont engagé des actions pour remédier à la maladie les ont entreprises soit dans le cadre des soins à la maison, soit en visitant une formation sanitaire publique: en effet, moins de 2 pour cent des malades ont visité un prestataire autre qu'une formation sanitaire publique dans les trois arrondissements. En d'autres termes, durant la période rétrospective de deux senes, les événements de dépenses liées à la santé ont été générés par les soins à la maison et les visites aux formations sanitaires publiques.

Dans le cadre des soins à la maison, les types de dépenses sont constitués par les paiements aux individus ayant fourni des soins aux malades à la maison, si visite à la maison il y a, et les paiements pour l'achat des médicaments avant toute visite à une formation sanitaire. Les dépenses liées à la première formation sanitaire choisie, si soins hors de la maison il y a, incluent les frais de transport et de logement, les frais des consultations et des médicaments, et enfin les frais pour les examens.

En premier lieu, les dépenses liées à la maladie durant les deux senes précédant l'interview sont résumées sur la base de l'ensemble de l'échantillon des malades enquêtés. En deuxième lieu, les dépenses liées à la maladie effectuées par les patients des formations sanitaires publiques sont examinées. Enfin, l'incidence des dépenses liées à la maladie sur les dépenses monétaires mensuelles des ménages est résumée.

7.1 MOYENNES DES DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE

Le ***tableau 7.1a*** résume les dépenses liées à la maladie durant les deux senes précédant l'interview durant l'enquête finale. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les malades ont dépensé en moyenne 250 FCFA pour remédier à la maladie. Dans l'arrondissement test de Say, les malades ont dépensé en moyenne 210 FCFA; dans l'arrondissement test de Boboye, 230 FCFA en moyenne.

Le contraste le plus remarquable se situe au niveau de la structure des dépenses liées à la maladie entre l'arrondissement contrôle d'Illéla d'une part, et les deux arrondissements test d'autre part. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses liées à l'utilisation des formations sanitaires publiques constituent 64 pour cent des dépenses liées à la maladie. Par contre dans les arrondissements test, les dépenses liées à l'utilisation des formations sanitaires publiques constituent 28 pour cent des dépenses liées à la maladie dans l'arrondissement de Say, et 31 pour cent dans l'arrondissement de Boboye. En effet, dans les arrondissements test, environ 70 pour cent des dépenses engagées pour remédier à la maladie ont été effectuées dans le cadre des soins à la maison, dont l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire.

TABLEAU 7.1a
DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE (CFA F): TOUS SOINS
MOYENNE DES DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES
CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT
(MALADES ENQUÊTES)

	ARRONDISSEMENT		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Dépenses Soins à la Maison	**153**	**159**	**88**
dont Médicaments	116	143	76
Dépenses Première FS Choisie	60	72	158
Aures Dépenses	–	–	2
Dépenses Liées à la Maladie-Total	214	232	249
Nombre de malades	**847**	**936**	**927**

Le ***tableau 7.1b*** résume la variation des dépenses liées à la maladie selon l'âge et le sexe des malades. Comme il pouvait être attendu, les dépenses liées à la maladie sont plus élevées aux âges extrêmes. Les ménages engagent des dépenses plus importantes pour remédier à la maladie parmi leurs membres du sexe masculin comparés aux membres du sexe féminin. Ces différences sont plus importantes dans les arrondissements d'Illéla et de Boboye, comparés à l'arrondissement de Say: en effet, dans les arrondissements d'Illéla et de Boboye, les ménages dépensent plus de 2 fois lorsque le malade est un homme que lorsque le malade est une femme. Le contrôle avec l'âge des malades révèlent que dans les trois arrondissements, les ménages dépensent moins pour les filles âgées de moins de cinq ans et les femmes âgées de 15 ans et plus pour remédier à la maladie comparées respectivement aux garçons âgés de moins de cinq ans et aux hommes âgés de 15 ans et plus.

La ***figure 7.1a*** résume l'évolution des dépenses liées à la maladie entre l'enquête de base et l'enquête finale. La figure révèle qu'aux niveaux des trois arrondissements, les dépenses liées à la maladie ont baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Une bonne partie de cette baisse est liée à la réduction de la proportion des malades qui ont acheté des médicaments auprès d'une pharmacie avant de visiter une formation sanitaire dans les trois arrondissements. A la lumière de l'évolution de l'utilisation des soins curatifs, la baisse au niveau de l'arrondissement contrôle a été renforcée par la baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques.

L'évolution des dépenses liées à la maladie entre l'enquête de base et l'enquête finale, cependant, a varié à l'intérieur des arrondissements selon la proximité des formations sanitaires publiques et le groupe de revenus d'appartenance des malades.

Les ***figures 7.1b, 7.1c et 7.1d*** résument l'évolution des dépenses liées à la maladie selon la proximité des formations sanitaires publiques dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'arrondissement test de Say, et l'arrondissement test de Boboye. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse des dépenses liées à la maladie n'est observée que parmi les malades qui résident à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques (voir ***figure 7.1b***). Cette baisse des dépenses liées à la maladie est cohérente avec la baisse relative des activités dans le système formel de santé local, à savoir aux niveaux des dépôts pharmaceutiques et des formations sanitaires publiques.

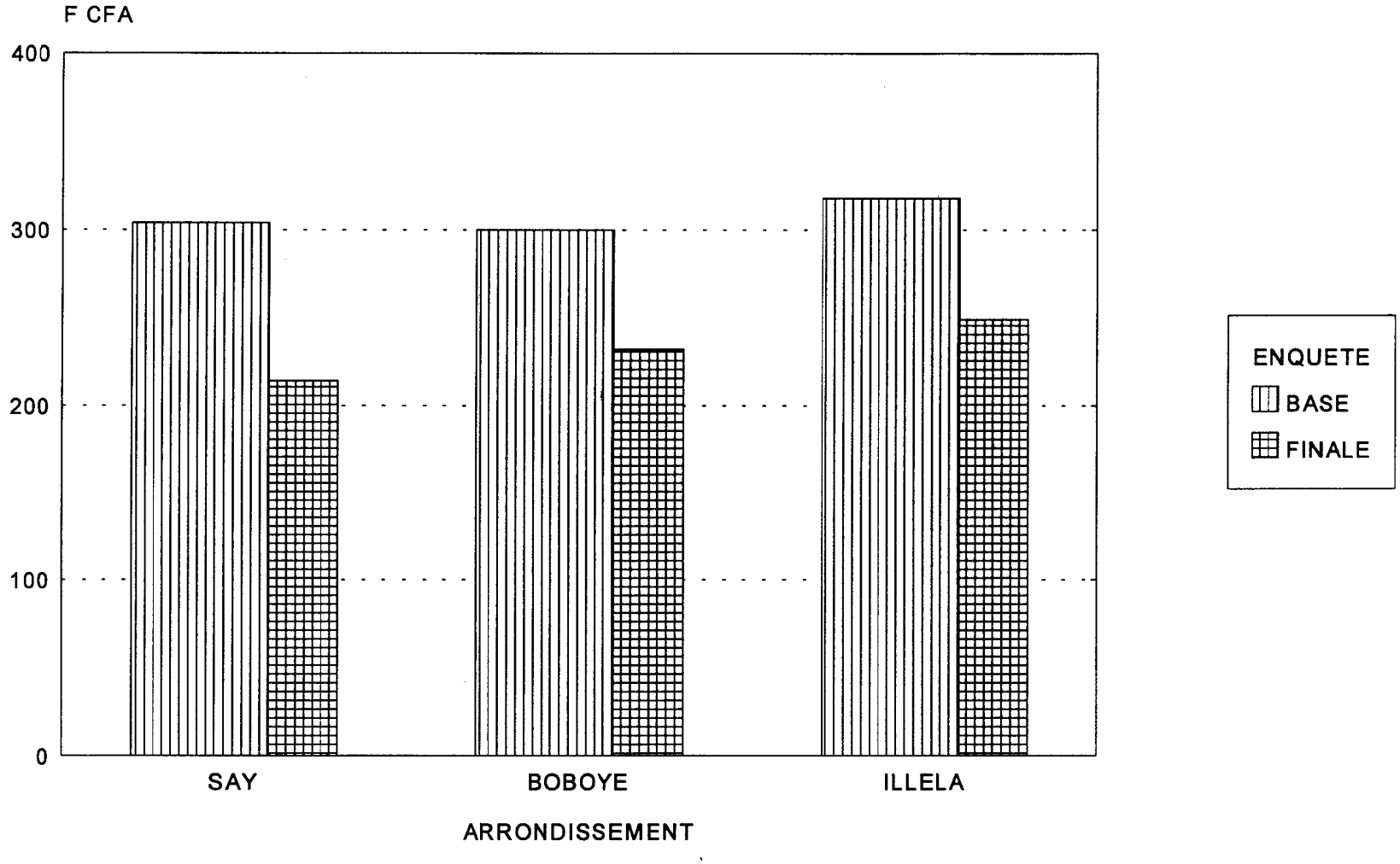
Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses liées à la maladie ont dramatiquement baissé parmi les villages où les dépenses atteignaient un niveau supérieur à 400 FCFA avant le démarrage des tests pilotes (voir ***figure 7.1c***). Plus particulièrement, dans les villages situés à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, les dépenses liées à la maladie ont chuté de 480 FCFA en moyenne avant le démarrage des tests à 170 FCFA en moyenne après le démarrage des tests: les populations de ces villages ont été les premiers bénéficiaires de la mise en oeuvre des tests pilotes.

TABLEAU 7.1b
DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE (CFA F): TOUS SOINS MOYENNE DES DÉPENSES MONÉTAIRES LIÉES À LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDANT L'INTERVIEW SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT (MALADES ENQUÊTES)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Dépenses liées à la maladie (FCFA)	Nombre de malades	Dépenses liées à la maladie (FCFA)	Nombre de malades	Dépenses liées à la maladie (FCFA)	Nombre de malades
Age en années						
0-4	172	244	205	223	208	248
5-14	122	232	131	251	109	191
15-44	327	219	208	283	211	320
45 +	257	152	443	179	539	168
Sexe						
Masculin	254	429	319	429	354	440
Feminin	172	418	158	507	153	487
Strate						
Avec FSP	265	116	242	149	366	132
Sans FSP	205	731	230	787	229	795
ENSEMBLE	**214**	**847**	**232**	**936**	**249**	**927**

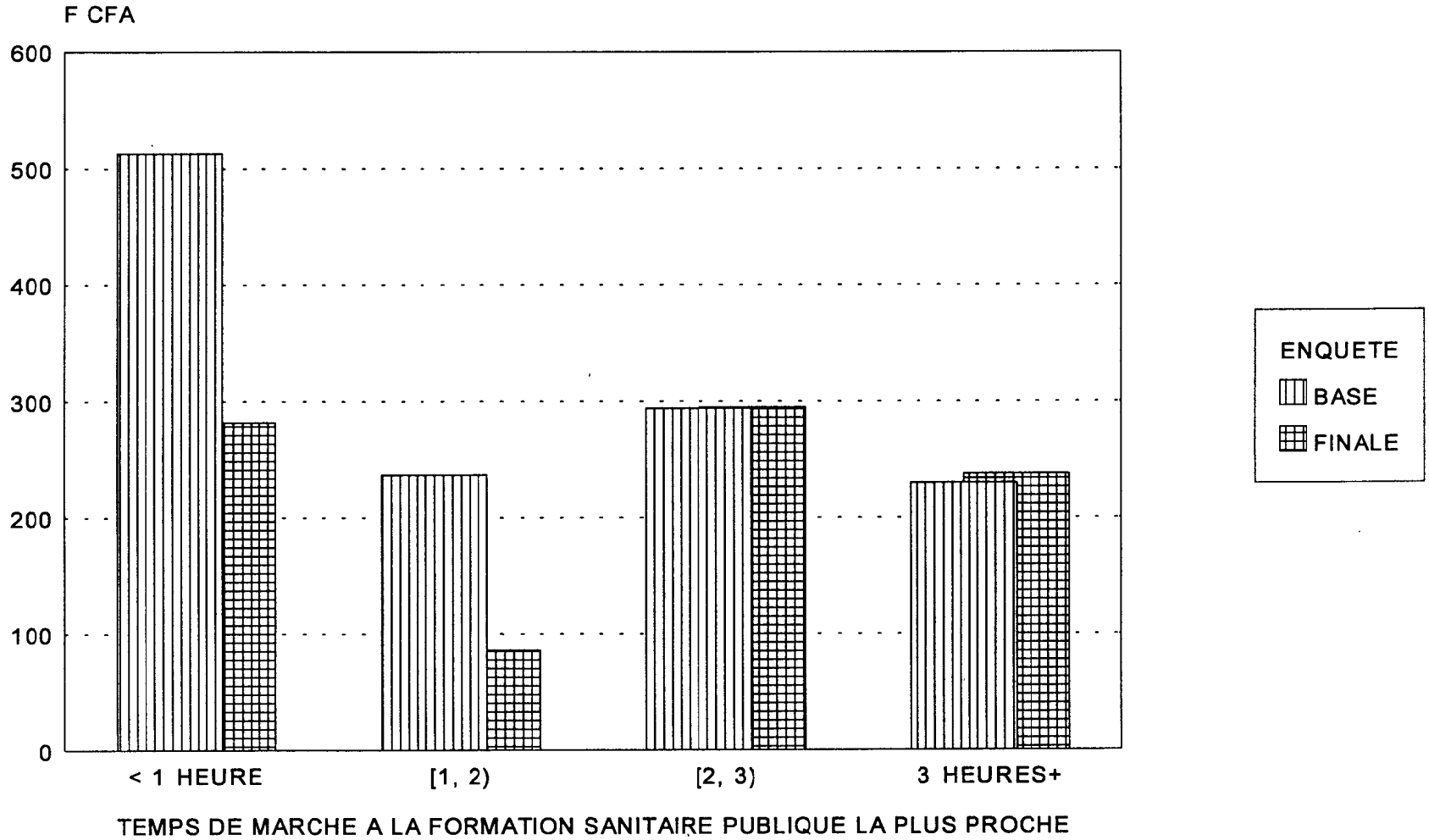
FIGURE 7.1a

MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE: (MALADES ENQUETES)



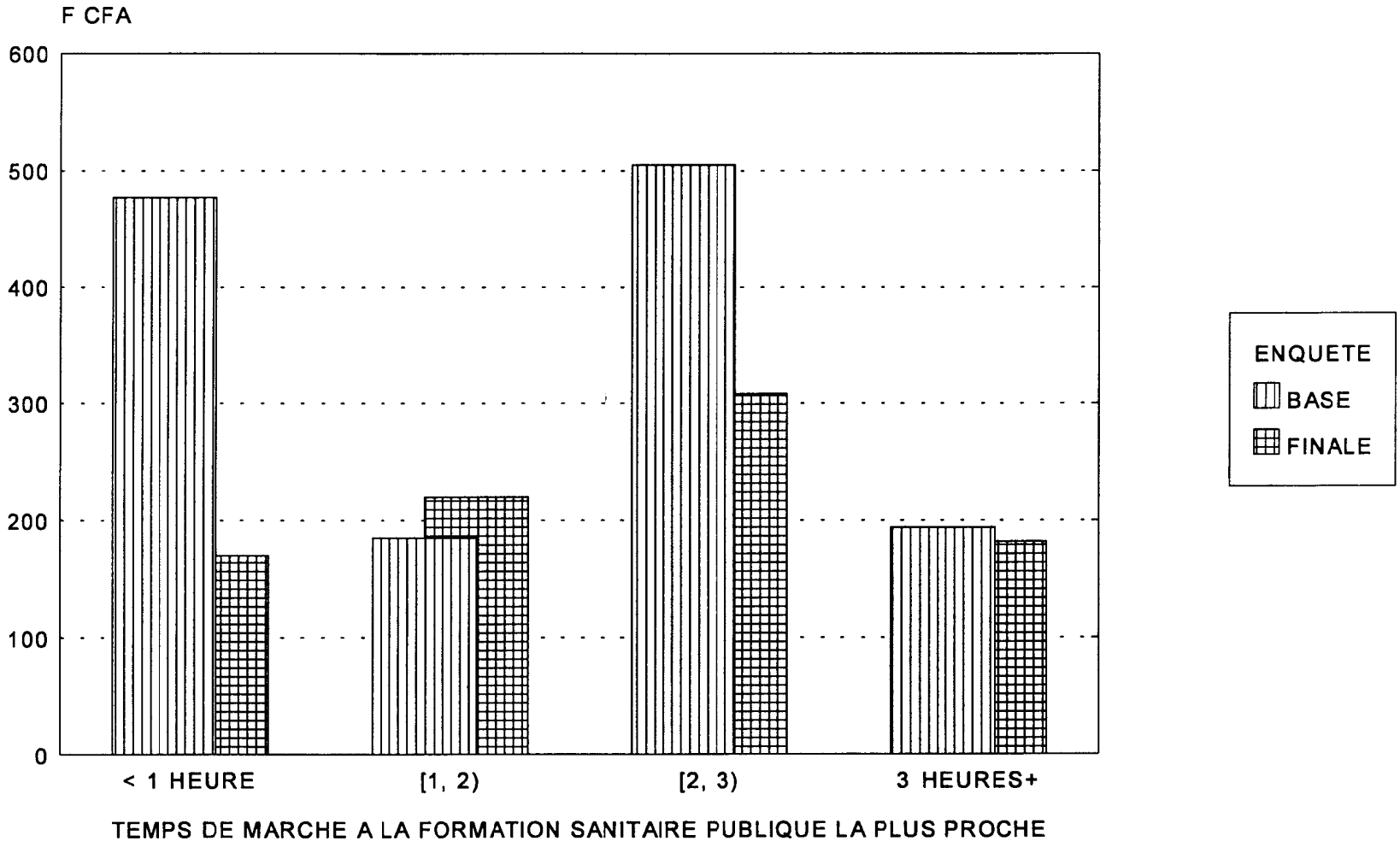
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 7.1b - ARRONDISSEMENT D'ILLELA
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW
SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE: (MALADES ENQUETES)



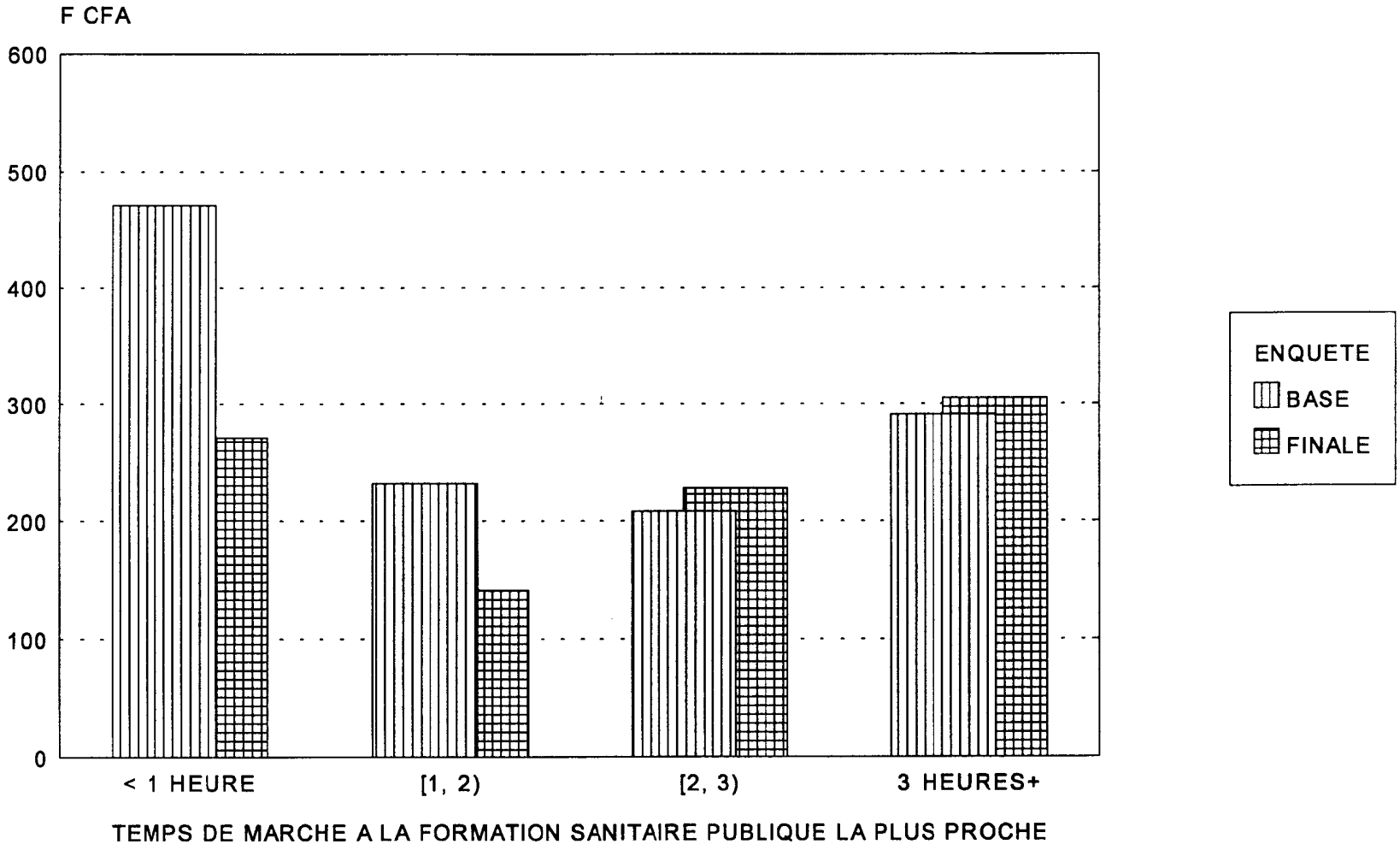
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 7.1c - ARRONDISSEMENT DE SAY
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW
SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE: (MALADES ENQUETES)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 7.1d - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW
SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE LA PLUS PROCHE: (MALADES ENQUETES)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses liées à la maladie n'ont baissé que parmi les villages situés à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques (voir ***figure 7.1d***). Au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques, les dépenses liées à la maladie sont restées au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale. Les ***figures 7.1e, 7.1f et 7.1g*** résument l'évolution des dépenses liées à la maladie selon le groupe de revenus dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'arrondissement test de Say, et l'arrondissement test de Boboye. Au niveau de l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse des dépenses liées à la maladie a affecté invariablement tous les groupes de revenus (voir ***figure 7.1e***). Dans l'arrondissement test de Say, la baisse des dépenses liées à la maladie n'est observée que parmi les malades appartenant aux 50 pour cent des ménages les plus aisés (voir ***figure 7.1f***). Un schéma similaire d'évolution des dépenses liées à la maladie est observé dans l'arrondissement test de Boboye (voir ***figure 7.1g***).

7.2 DÉPENSES DES PATIENTS DES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES

7.2.1 Variation entre les arrondissements

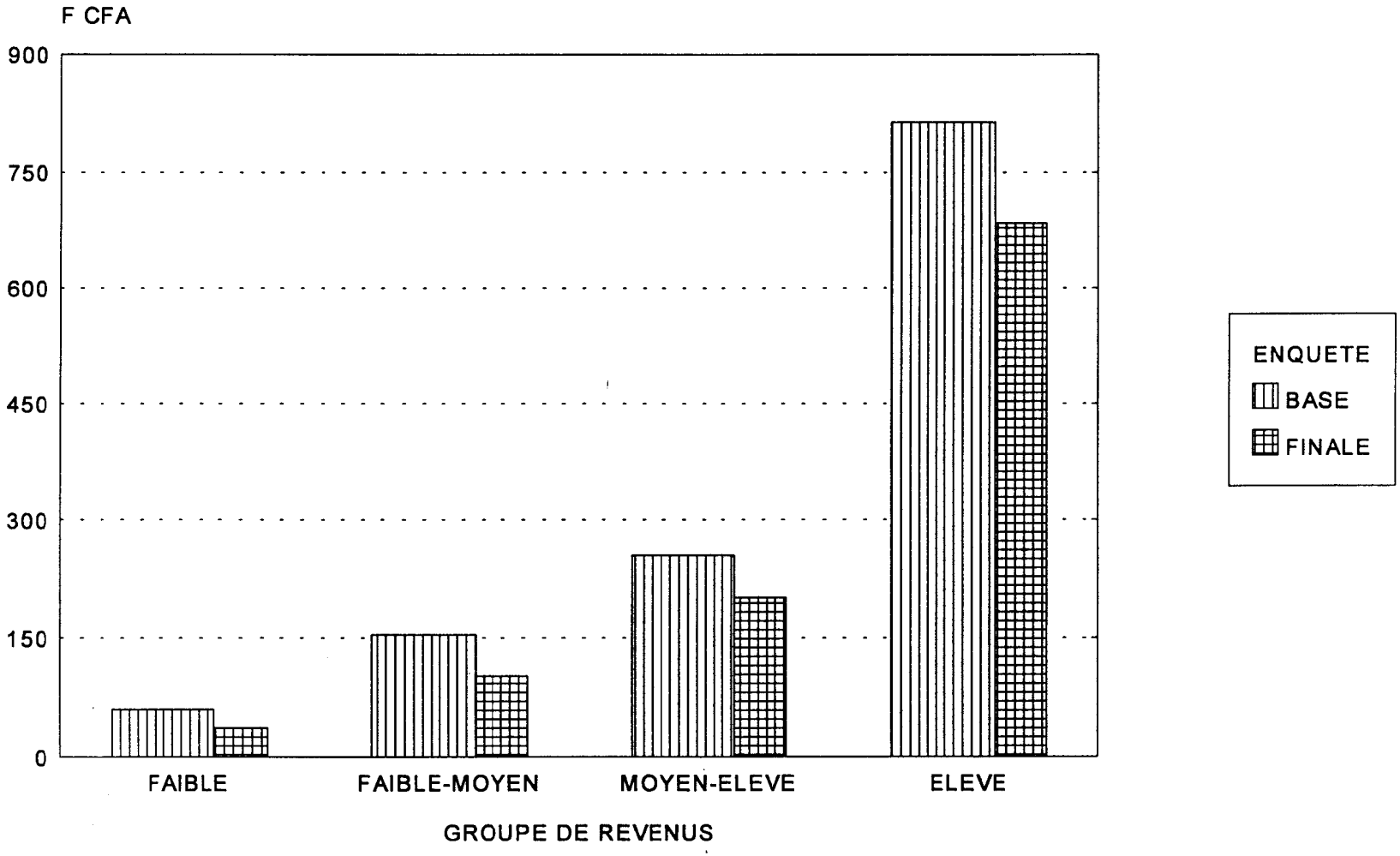
Dans cette sous-section, les dépenses engagées pour remédier à la maladie dans les deux semaines précédant l'interview par les malades ayant visité une formation sanitaire publique sont décrites plus en détails. La ***figure 7.2a*** résume l'évolution des dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques sont restées presqu'au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale: en effet, durant les deux semaines précédant l'interview, elles s'élevaient respectivement à 1.700 FCFA et à 1.800 FCFA. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques durant les deux semaines précédant l'interview ont baissé de 1.040 FCFA dans l'enquête de base à 610 FCFA dans l'enquête finale: soit une baisse de 41 pour cent. Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses ont baissé de 1.030 FCFA dans l'enquête de base à 540 dans l'enquête finale: soit une baisse de 48 pour cent.

Les ***figures 7.2b et 7.2c*** résument les niveaux des composantes des dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements dans respectivement l'enquête de base et l'enquête finale.

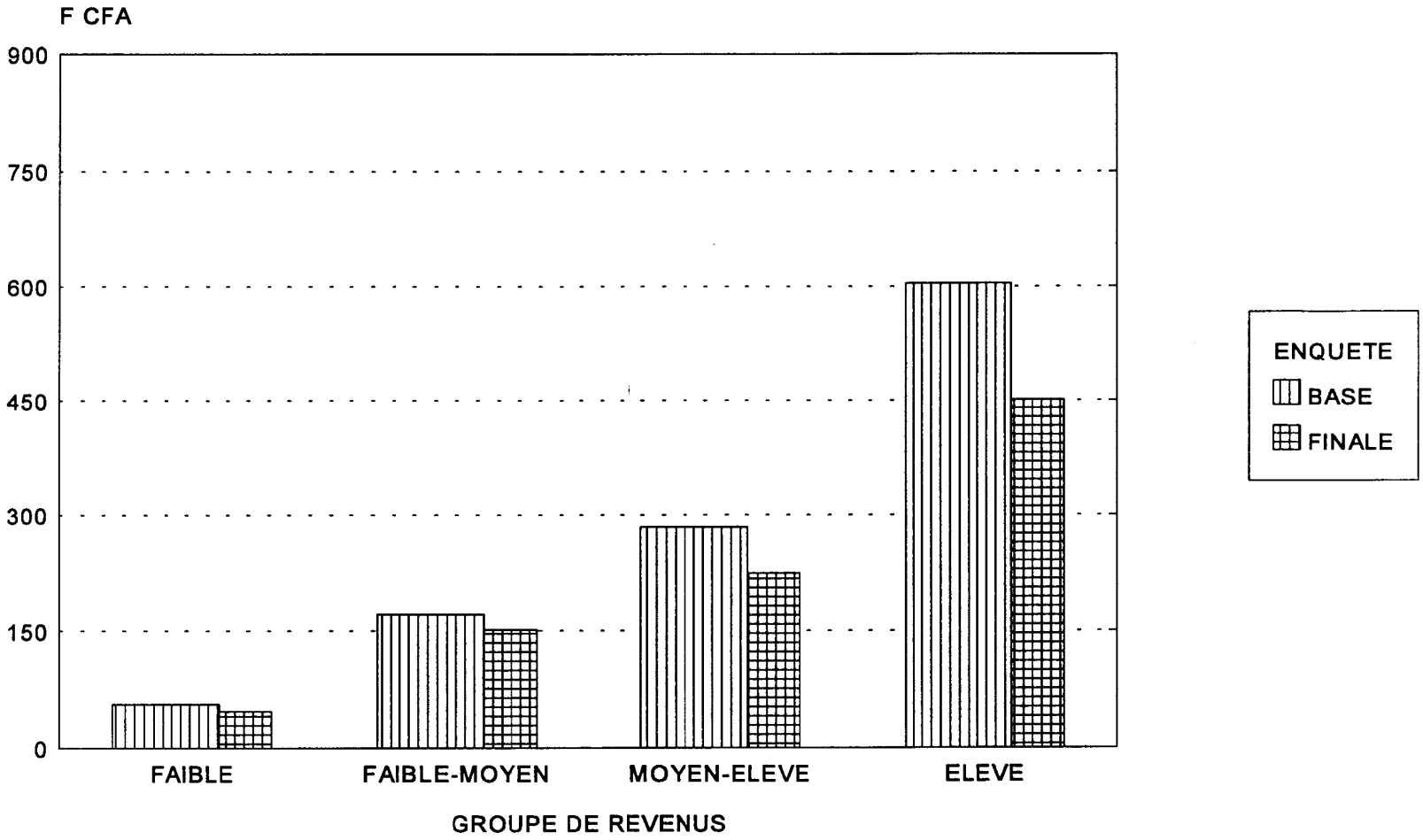
Premièrement, avant le démarrage des tests, les patients des formations sanitaires publiques engageaient des dépenses importantes dans le cadre des soins à la maison, donc avant de visiter une formation sanitaire. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, ces dépenses atteignaient le niveau de 770 CFA en moyenne. Dans l'enquête finale, les dépenses des patients des formations sanitaires publiques dans le cadre des soins à la maison ont dramatiquement baissées dans l'arrondissement contrôle d'Illéla: en effet la majorité des malades qui achètent des médicaments avant de se rendre à une formation sanitaire ont acquis ces médicaments auprès du marché informel où les paiements sont relativement faibles, contrairement à l'enquête de base où les achats auprès des pharmacies étaient relativement fréquentes.

FIGURE 7.1e - ARRONDISSEMENT D'ILLELA
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE: (MALADES ENQUETES)



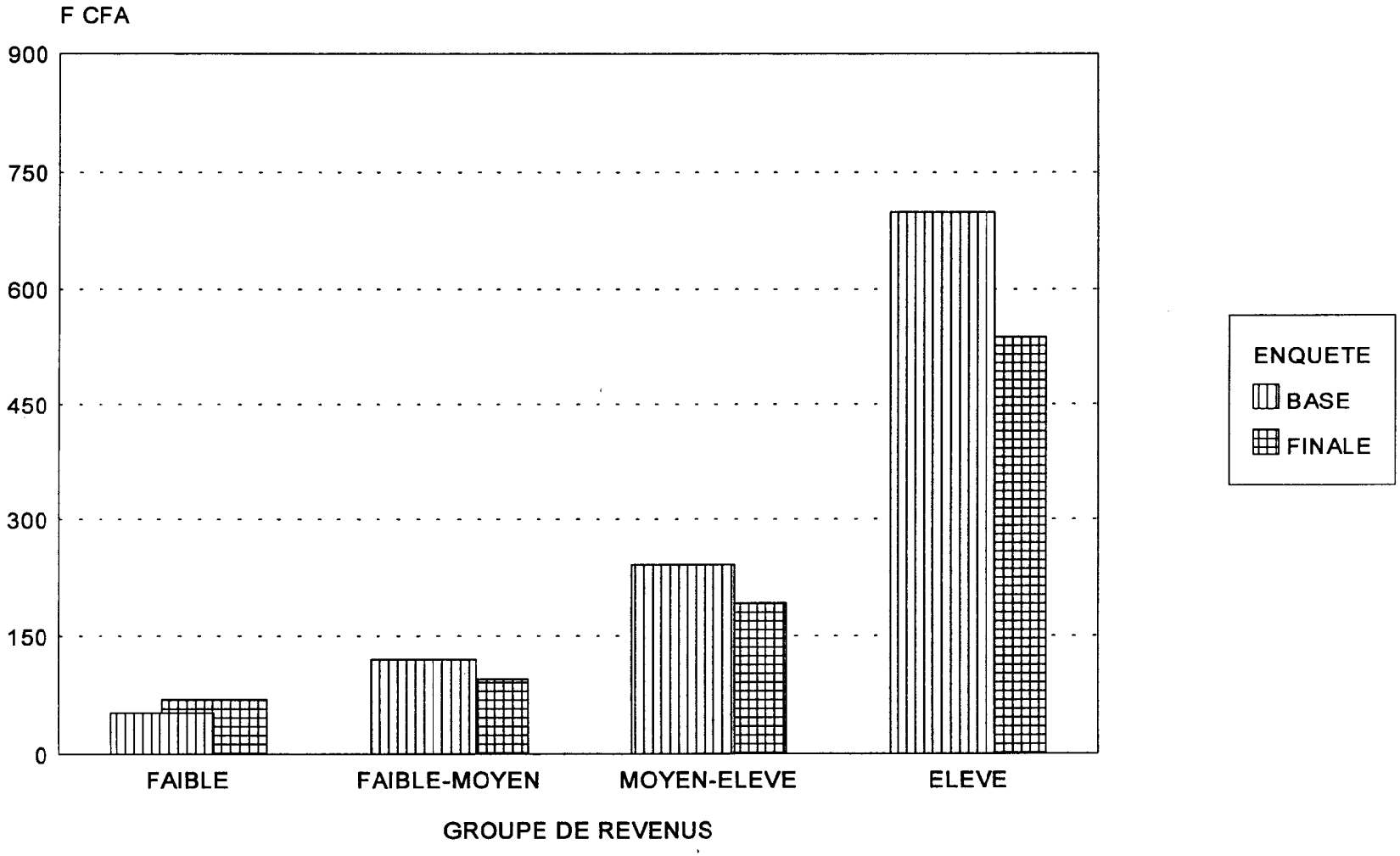
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 7.1f - ARRONDISSEMENT DE SAY
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE: (MALADES ENQUETES)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

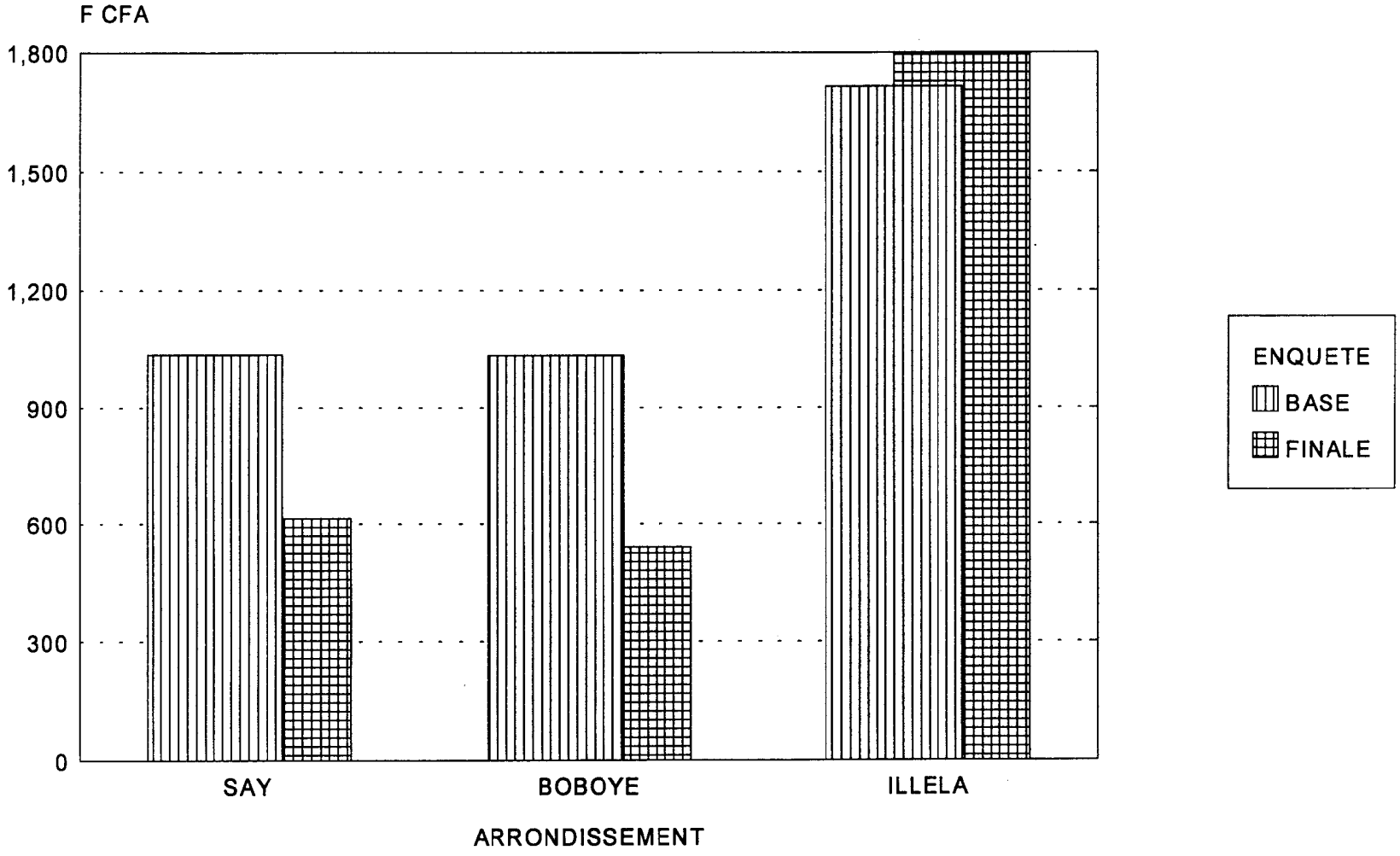
FIGURE 7.1g - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE
MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW
SELON LE GROUPE DE REVENUS DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE: (MALADES ENQUETES)



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

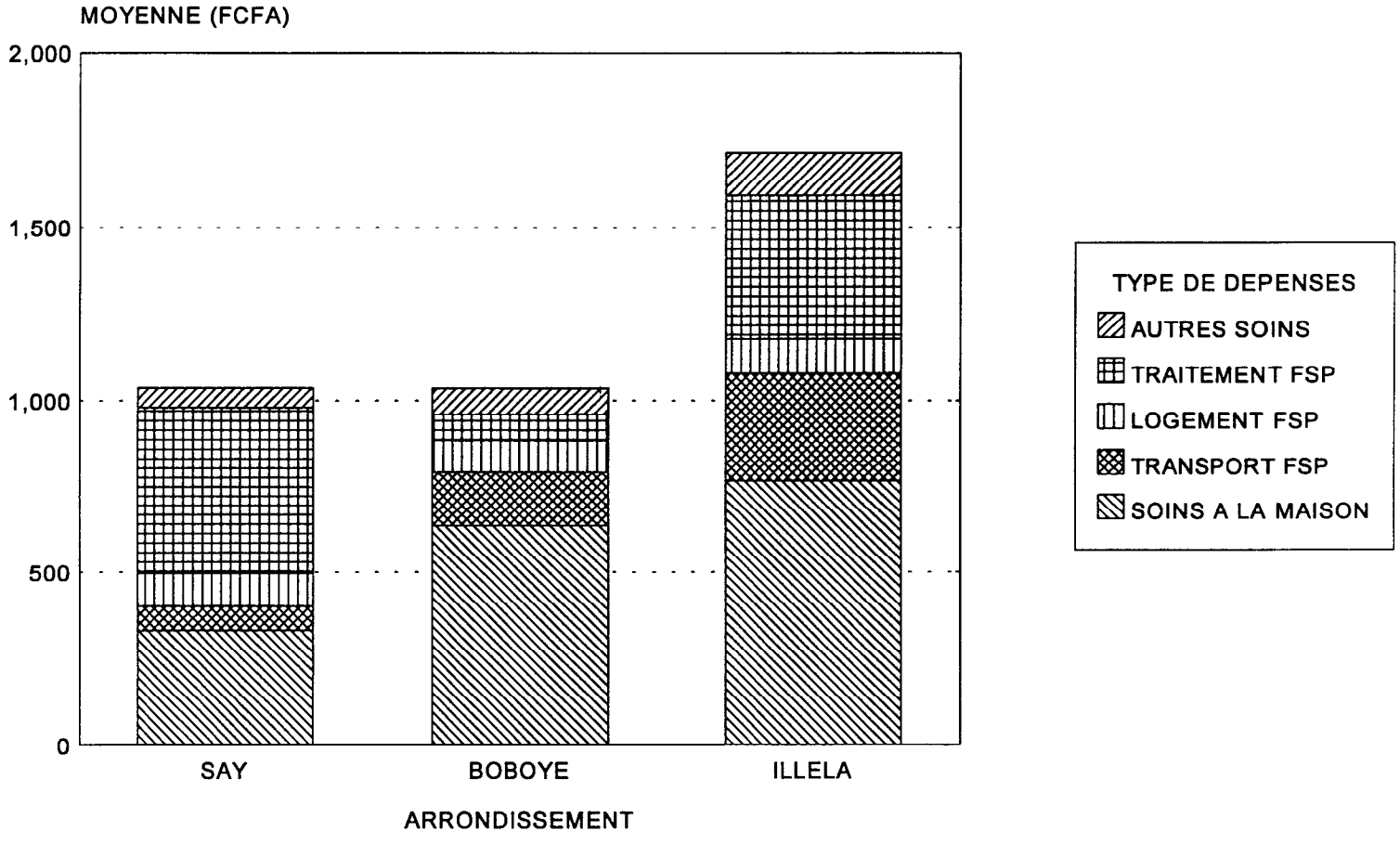
FIGURE 7.2a

MOYENNES DES DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW DANS L'ENQUETE DE BASE ET L'ENQUETE FINALE: (MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE)



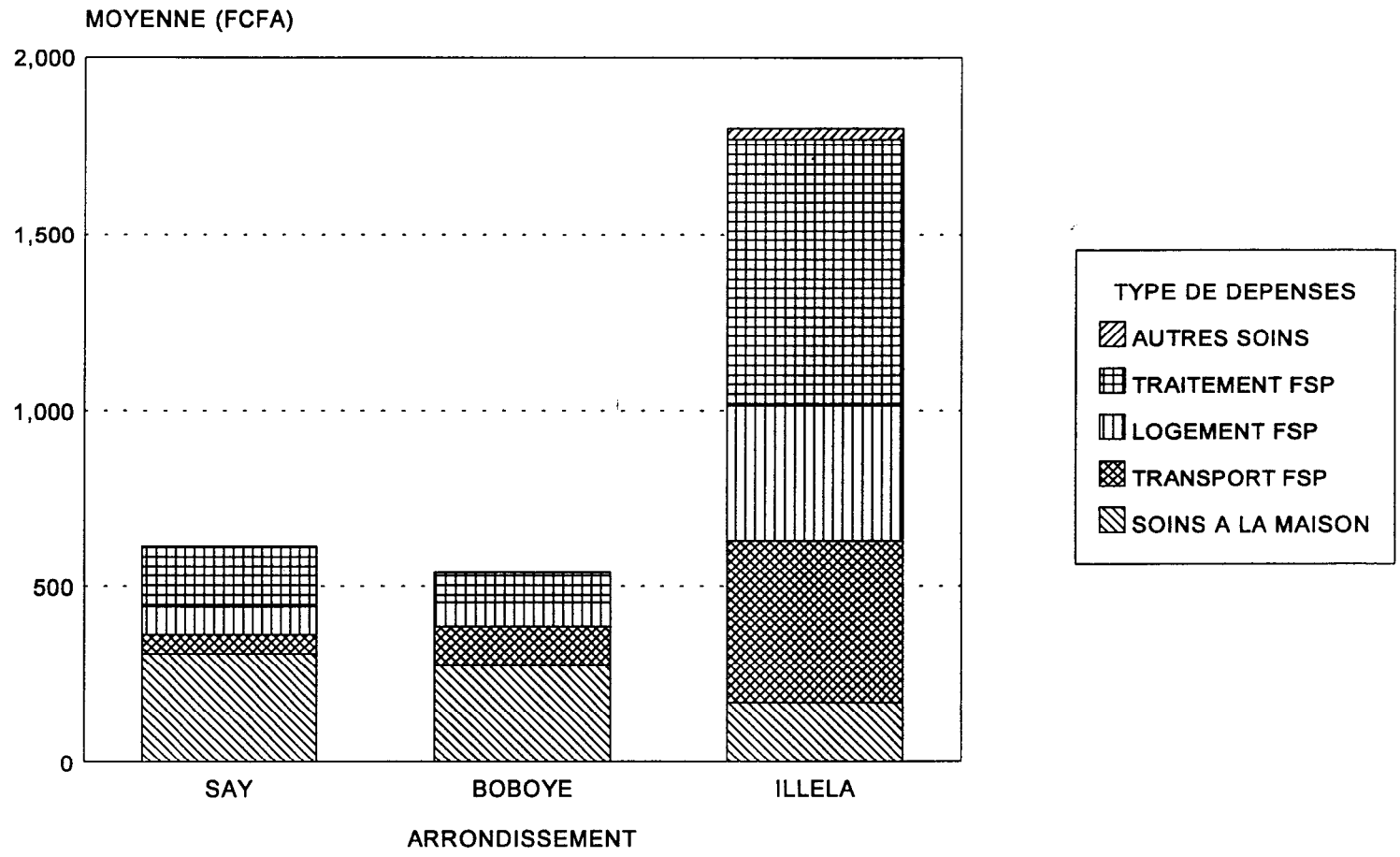
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992,1993

FIGURE 7.2b - DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW: ENQUETE DE BASE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE DE BASE: OCTOBRE-DECEMBRE 1992

FIGURE 7.2c - DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW: ENQUETE FINALE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE FINALE: OCTOBRE-DECEMBRE 1993

Les dépenses de transport, de logement et de traitement dans le cadre des soins dans les formations sanitaires publiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla ont fortement augmenté: en effet, elles sont passées de 830 FCFA dans l'enquête de base à 1.600 FCFA dans l'enquête finale, soit une augmentation de 93 pour cent. Les dépenses de traitement ont augmenté de 83 pour cent. L'augmentation des moyennes des dépenses liées au transport, au logement et au traitement dans le cadre des soins dans les formations sanitaires publiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla est liée partiellement à la baisse de l'utilisation des formations sanitaires se traduisant par une sélection de cas graves de maladies.

Deuxièmement, dans l'arrondissement test de Say, les patients des formations sanitaires publiques engagéaient des dépenses dans le cadre des soins à la maison qui s'élevaient en moyenne à 330 FCFA avant le démarrage des tests. Les niveaux de ces dépenses s'élevaient à 300 FCFA après le démarrage des tests: en d'autres termes, les patients des formations sanitaires publiques de l'arrondissement test de Say ont continué à recourir aux soins à la maison avant de visiter une formation sanitaire. Ce sont essentiellement les dépenses liées au traitement dans la formation sanitaire qui ont baissé dans l'arrondissement test de Say: en effet, les dépenses de traitement ont baissé de 480 FCFA dans l'enquête de base à 171 FCFA dans l'enquête finale, soit une baisse de 64 pour cent.

Troisièmement, les patients des formations sanitaires publiques engagéaient des dépenses dans le cadre des soins à la maison qui s'élevaient en moyenne à 640 FCFA avant le démarrage des tests dans l'arrondissement test de Boboye: ces dépenses étaient constituées essentiellement d'achats de médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques et auprès du marché informel. Après le démarrage des tests, les dépenses dans le cadre des soins à la maison ont chuté à 273 FCFA en moyenne: soit une dimunition de 57 pour cent. Les dépenses liées à l'utilisation des formations sanitaires publiques sont restées aux niveaux relativement bas observés avant le démarrage des tests. Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses engagées dans le cadre des soins auprès des formations sanitaires sont constituées essentiellement des dépenses de transport, de logement et de nouriture des patients et de leurs accompagnants.

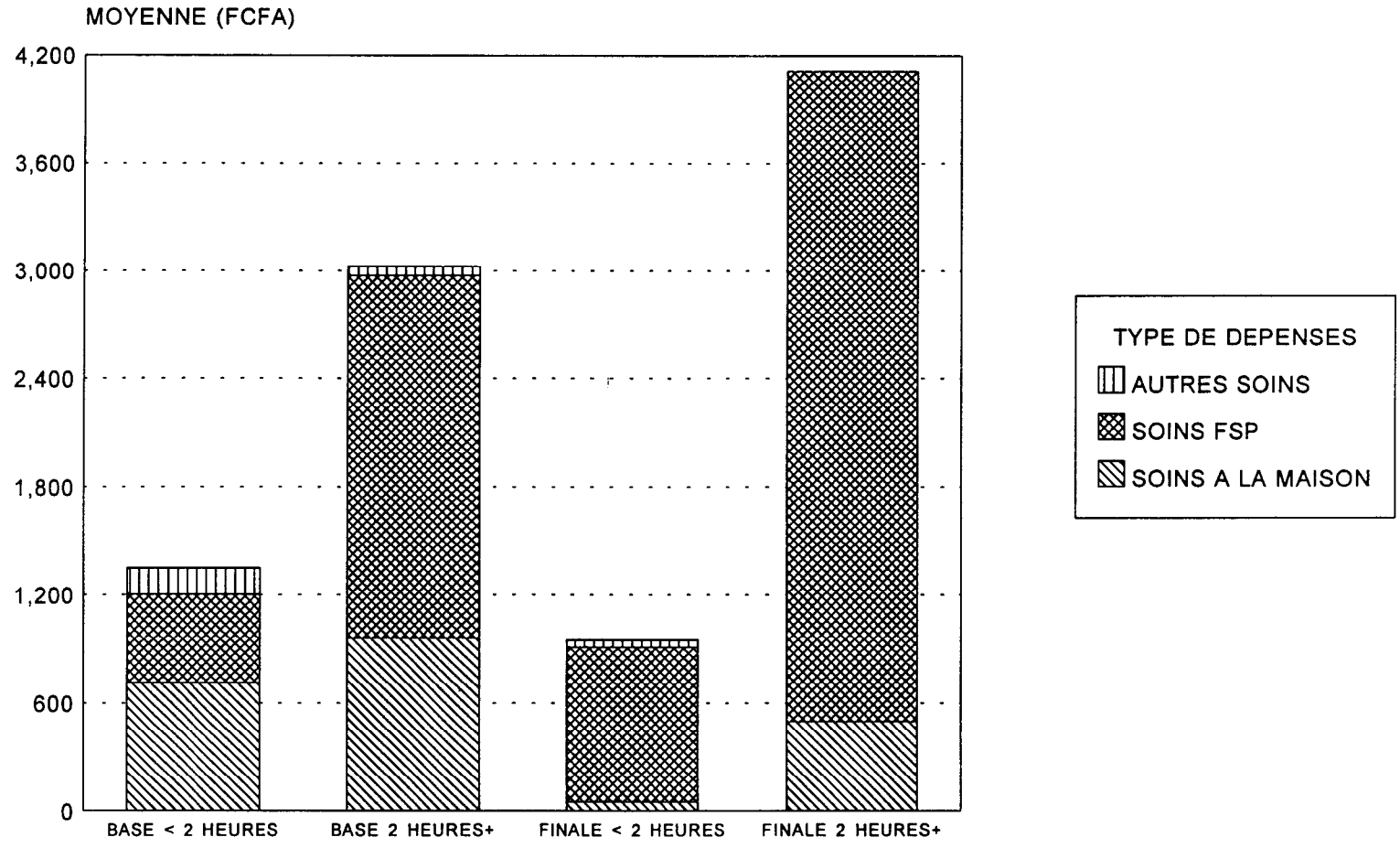
Enfin, les ***figures 7.2b et 7.2c*** mettent en exergue la disparition des dépenses liées à la poursuite des soins aux niveaux d'autres prestataires après la première formation sanitaire publique dans les arrondissements test de Boboye et de Say. Ces dépenses qui étaient prévalentes dans les trois arrondissements avant le démarrage des tests, continuent à prévaloir dans l'arrondissement contrôle d'Illéla après le démarrage des tests.

En résumé, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques sont restées aux mêmes niveaux élevés entre l'enquête de base et l'enquête finale dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans les arrondissements test, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques ont baissé de 41 pour cent à Say et 48 pour cent à Boboye. Les paragraphes suivants décrivent l'évolution des dites dépenses selon la proximité des formations sanitaires publiques et le groupe de revenus.

7.2.2 Variation selon la proximité des formations sanitaires

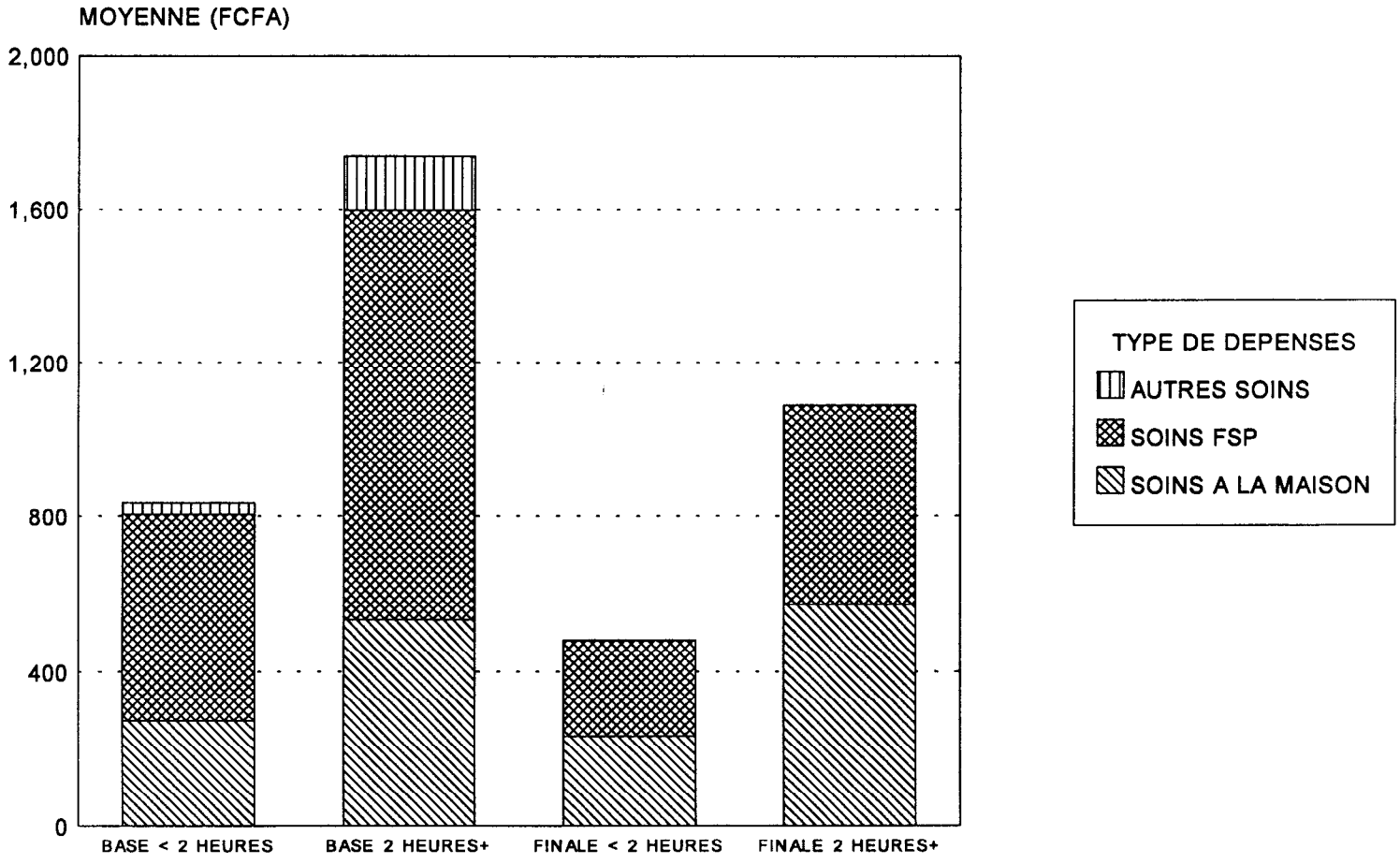
Les ***figures 7.2d, 7.2e, et 7.2f*** résument l'évolution des dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques selon la proximité des formations sanitaires dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'arrondissement test de Say, et l'arrondissement test de Boboye.

FIGURE 7.2d - ARRONDISSEMENT D'ILLELA: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE



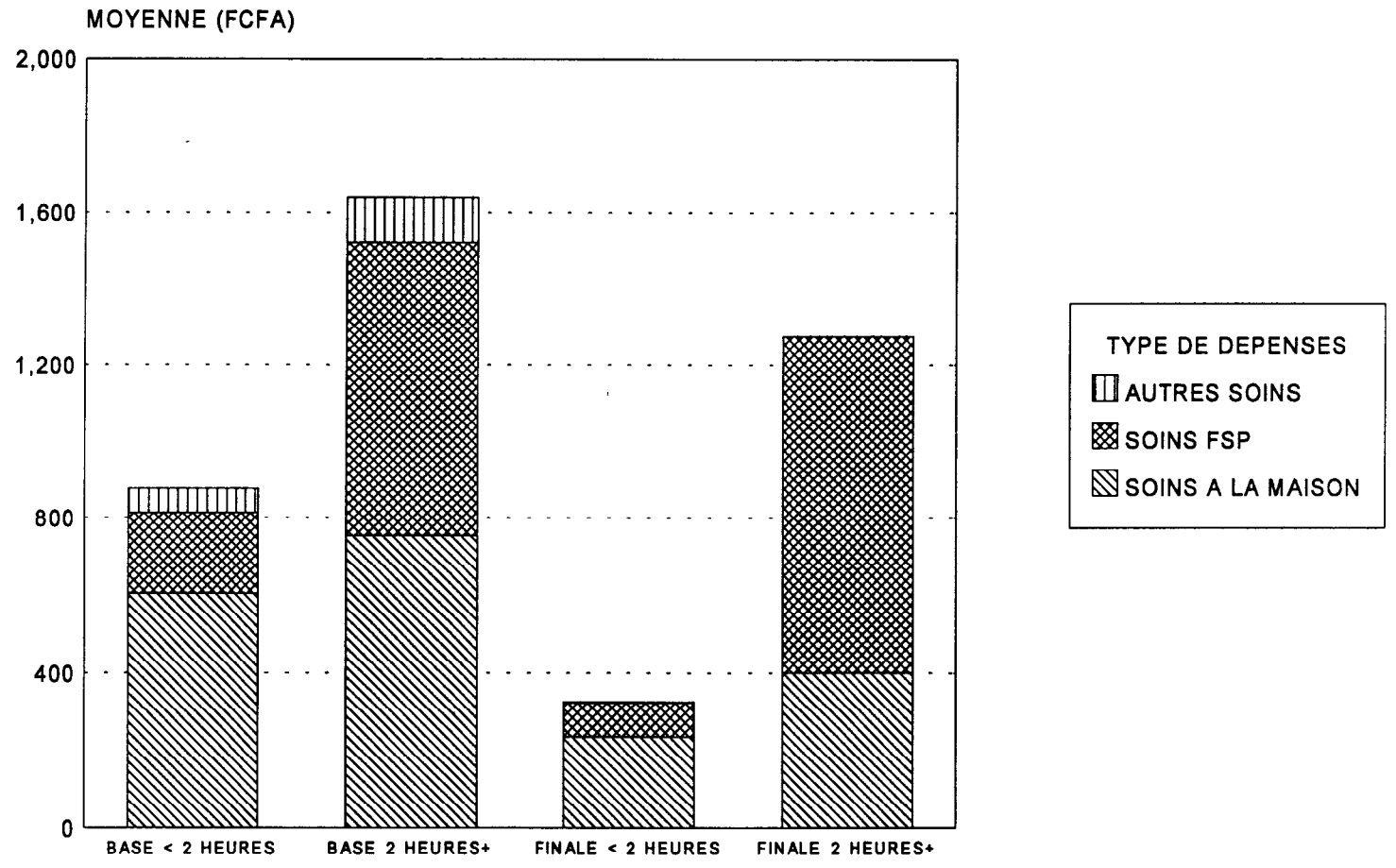
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

FIGURE 7.2e - ARRONDISSEMENT DE SAY: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

FIGURE 7.2f - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE TEMPS DE MARCHE A LA FORMATION PUBLIQUE



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

Premièrement, dans l'arrondissement contrôle d'Illéla les dépenses des patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques ont baissé de 1.350 FCFA avant le démarrage des tests à 950 FCFA après le démarrage des tests: soit une baisse de 30 pour cent. Cette baisse est liée essentiellement à la baisse des dépenses engagées dans le cadre des soins à la maison. En effet, les dépenses moyennes liées au traitement au niveau des formations sanitaires ont augmenté de 83 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Par ailleurs, parmi les patients résidant au-delà de deux heures de marche des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses liées à la maladie ont augmenté 3.020 FCFA à 4.120 FCFA entre l'enquête de base et l'enquête finale: soit une augmentation de 36 pour cent. Cette augmentation est liée à l'augmentation des dépenses liées aux soins au niveau des formations sanitaires publiques qui ont augmenté de 80 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Deuxièmement, dans l'arrondissement test de Say, les dépenses des patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques ont baissé de 840 FCFA avant le démarrage des tests à 480 FCFA après le démarrage des tests: soit une baisse de 43 pour cent. En effet, parmi les patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires, les dépenses liées aux soins au niveau des formations sanitaires publiques ont baissé de 53 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Parmi les patients résidant au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement test de Say, les dépenses liées à la maladie ont baissé de 1.740 FCFA à 1.090 entre l'enquête de base et l'enquête finale: soit une baisse de 37 pour cent. Les dépenses dans le cadre des soins à la maison sont restées au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale. La diminution des dépenses liées à la maladie est intervenue dans le cadre des soins au niveau des formations sanitaires publiques: en effet, les dépenses liées à ce type de soins ont baissé de 51 pour cent.

Troisièmement, dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses des patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques ont baissé de 880 FCFA avant le démarrage des tests à 330 FCFA après le démarrage des tests: soit une baisse de 63 pour cent. Cette baisse a été due principalement à la baisse des dépenses en médicaments dans le cadre des soins à la maison. Au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires, par ailleurs, les dépenses des patients ont baissé de 1.640 FCFA à 1.280 FCFA entre l'enquête de base et l'enquête finale: soit une baisse de 22 pour cent.

En resumé, dans les trois arrondissements, les dépenses des patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques ont baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse est liée essentiellement à la réduction des dépenses en médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques avant toute visite à une formation sanitaire; en effet, les dépenses liées au traitement aux niveaux des formations sanitaires ont augmenté entre les deux périodes. Dans les deux arrondissements test de Say et de Boboye, la baisse est liée à la chute des dépenses liées aux soins dans les formations sanitaires. La baisse a été relativement accentuée dans l'arrondissement test de Boboye par la réduction des dépenses en médicaments avant la visite à une formation sanitaire; par ailleurs, les dites dépenses sont restées au même niveau dans l'arrondissement test de Say.

Les dépenses liées à la maladie ont augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients résidant au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla; par ailleurs, elles ont baissé dans les arrondissements test de Say et de Boboye. De même que parmi les villages proches des formations sanitaires, la baisse dans les villages éloignés a été relativement accentuée dans l'arrondissement test de Boboye par la réduction des dépenses en médicaments avant la visite à une formation sanitaire, comparé à l'arrondissement test de Say où elles sont resté au même niveau.

Ces résultats variables entre l'arrondissement test de Say et l'arrondissement test de Boboye suggèrent que l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire est très sensible aux niveaux de tarifs qui sont administrés dans les formations sanitaires publiques. Les prix des médicaments dans le macrhé informel étant relativement faibles, en conséquence de la flexibilité du conditionnement et éventuellement des coûts d'acquisition, plus le tarif administré au niveau des formations sanitaires est élevé, moins il affecte la propension d'acheter des médicaments au marché.

7.2.3 Variation selon le revenu

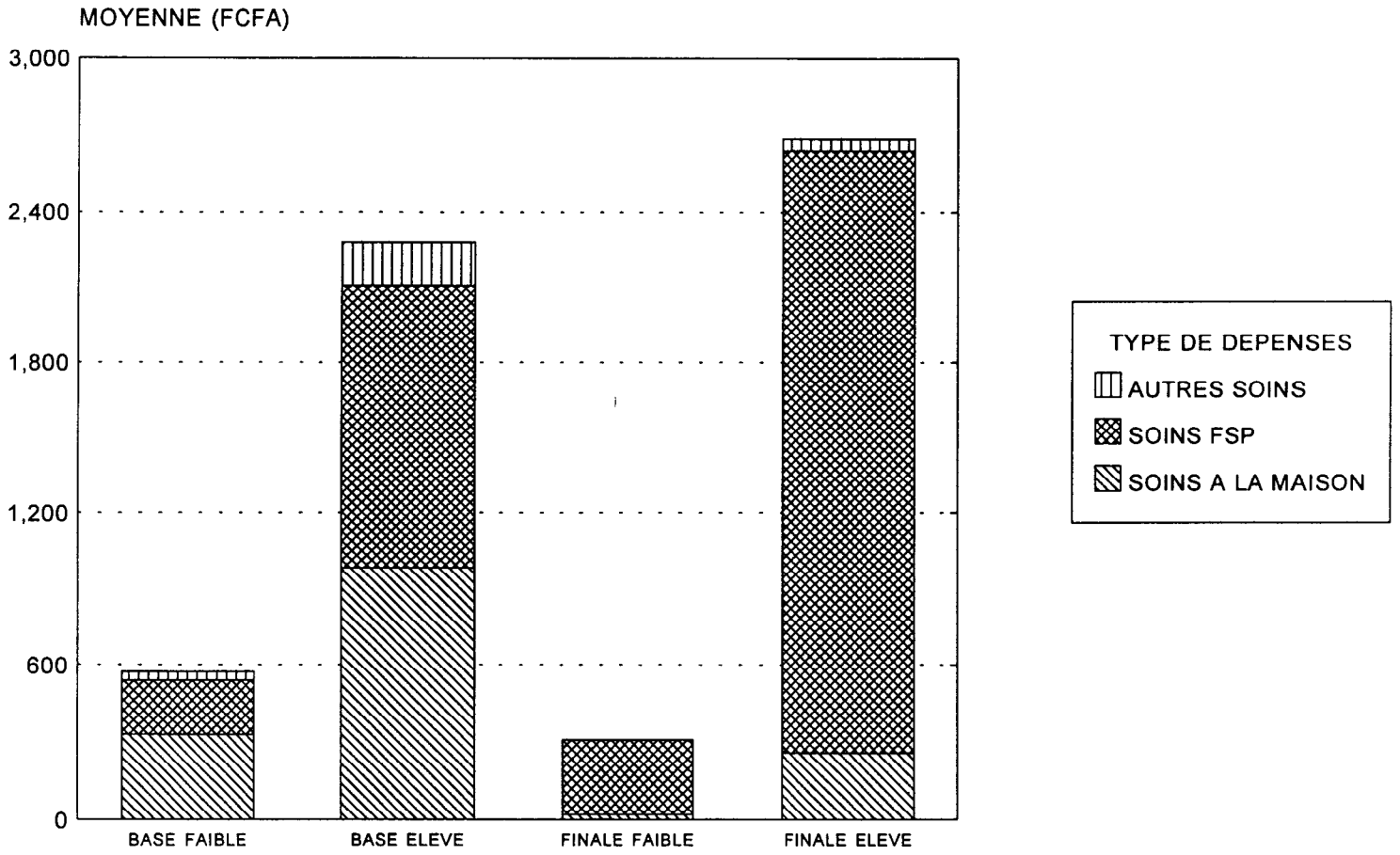
Les ***figures 7.2g, 7.2h, et 7.2i*** résument l'évolution des dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques selon le groupe de revenus dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'arrondissement test de Say, et l'arrondissement test de Boboye.

Premièrement, dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées dans le cadre des soins à la maison par les patients des formations sanitaires publiques ont baissé parmi les groupes de revenus faibles et les groupes de revenus élevés. Cependant, alors que les dépenses engagées dans le cadre des soins auprès des formations sanitaires publiques n'ont augmenté que de 38 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients provenant des menages les plus pauvres, elles ont augmenté de plus de 100 pour cent parmi les patients provenant des menages les plus aisés (voir ***figure 7.2g***).

Deuxièmement, dans l'arrondissement test de Say, la baisse des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques n'est observée que parmi les patients provenant des ménages les plus aisés. En fait, les dépenses engagés par les patients provenant des ménages les plus pauvres ont augmenté de 82 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale, augmentation due essentiellement à l'augmentation des dépenses engagées dans le cadre des soins à la maison. A l'autre extrème, les dépenses engagés par les patients provenant des ménages les plus aisés ont baissé de 44 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale: cette baisse est due essentiellement à la réduction des dépenses de traitement auprès des formations sanitaires publiques qui ont baissé en moyenne de 70 pour cent.

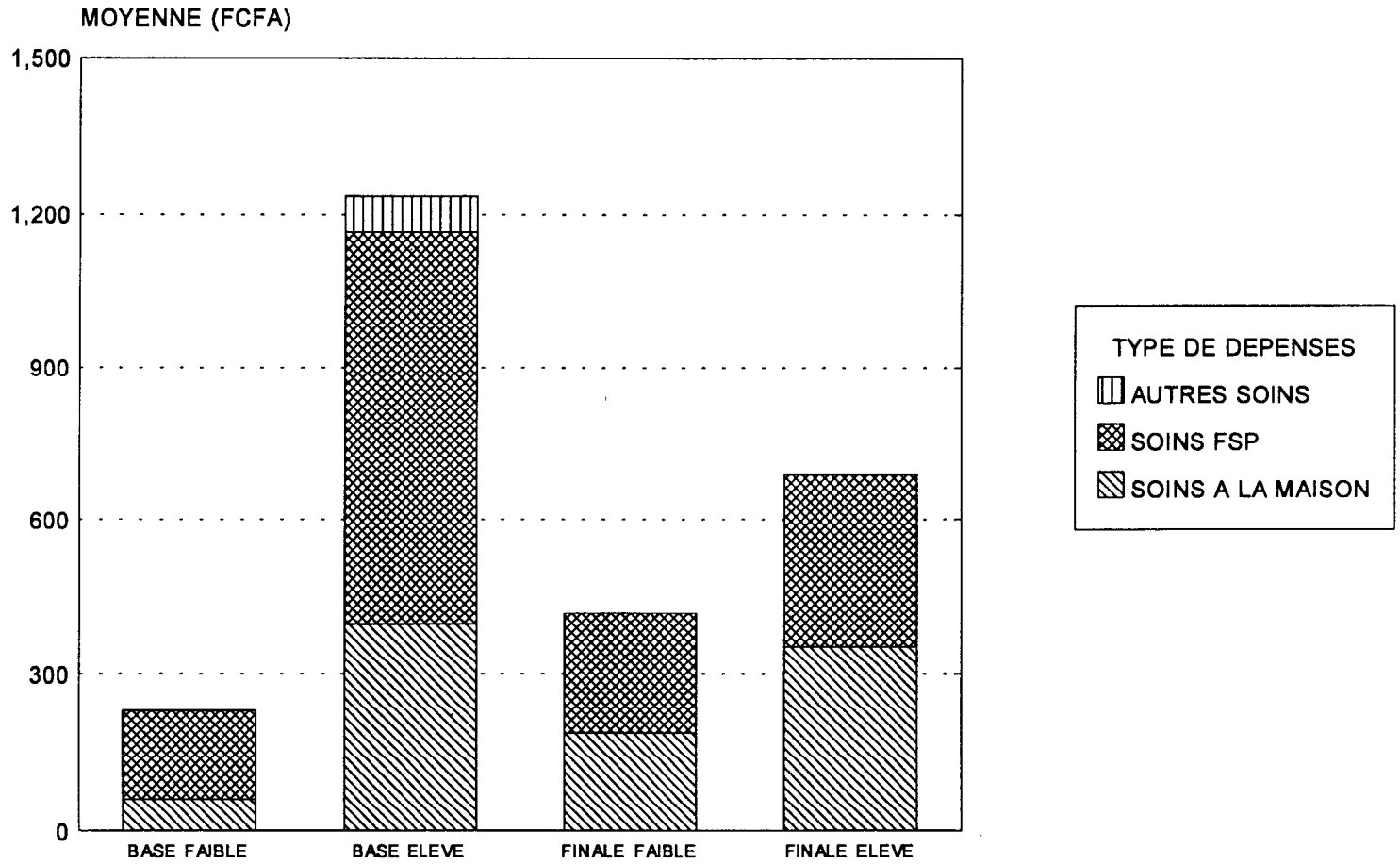
Enfin, dans l'arrondissement test de Boboye, la baisse des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques est observée à travers tous les groupes de revenus. Parmi les patients des groupes de revenus les plus faibles, les dépenses ont baissé de 64 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; parmi les patients des groupes de revenus les plus aisés, les dépenses ont baissé de 42 pour cent. Les dépenses engagées dans le cadre des soins à la maison avant de visiter une formation sanitaire ont surtout baissé parmi les patients provenant des ménages les plus pauvres.

FIGURE 7.2g - ARRONDISSEMENT D'ILLELA: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS



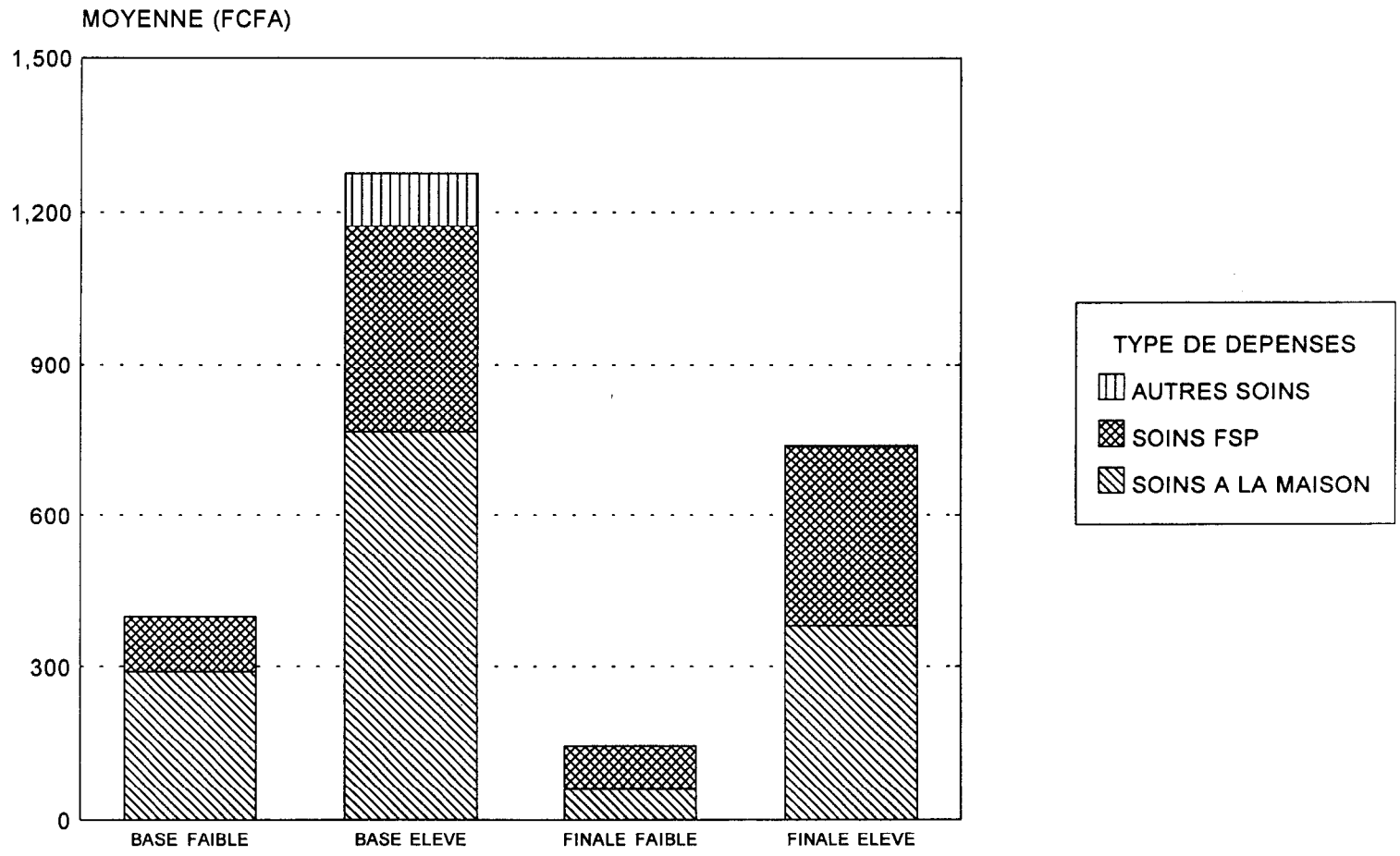
TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

FIGURE 7.2h - ARRONDISSEMENT DE SAY: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

FIGURE 7.2i - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE: DEPENSES LIEES A LA MALADIE
PARMI LES MALADES AYANT UTILISE UNE FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
DURANT LES DEUX SEMAINES PRECEDANT L'INTERVIEW SELON LE GROUPE DE REVENUS



TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETES AUPRES DES MENAGES: OCTOBRE-DECEMBRE 1992, 1993

7.3 INCIDENCE DES DÉPENSES LIÉES À LA MALADIE

L'aggrégation des dépenses liées à la maladie au niveau du ménage permet d'apprécier l'incidence des dépenses générées par la maladie sur les dépenses monétaires mensuelles du ménage. Dans cette perspective, cependant, les dépenses liées à la maladie étant mesurées sur la période des deux semaines précédant l'interview, elles doivent être ramenées à une base mensuelle: pour ce faire, les dépenses liées à la maladie ont été multipliées par deux (2).

Par ailleurs, dans le cadre du paiement indirect administré dans l'arrondissement de Boboye, les contribuables participent 200 F CFA par an, pour le financement des achats des médicaments. Pour tenir compte de cette participation, il est postulé que tous les membres du ménage âgés de 18 ans et plus participent 16.67 FCFA par mois; par ailleurs, il est postulé que tous les ménages payent la taxe d'arrondissement quelque soit leur groupe de revenus. Cette hypothèse de travail permettra d'évaluer l'incidence des depenses liées à la maladie dans l'arrondissement de Boboye avec et sans l'inclusion de la composante taxe du paiement indirect.

La proportion des dépenses liées à la maladie dans les dépenses monétaires mensuelles du ménage est utilisée comme indicateur de l'incidence des dépenses liées à la maladie. Les ***figures 7.3a, 7.3b et 7.3c*** résument la variation de l'incidence des dépenses liées à la maladie à travers les différents groupes de revenus dans l'enquête de base et l'enquête finale dans respectivement l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'arrondissement test de Say, et l'arrondissement test de Boboye.

Les déciles de la distribution des dépenses monétaires mensuelles par tête définissent une classification des ménages selon le revenu: à un extrême, le premier décile (1) regroupe 10 pour cent des ménages les plus pauvres, à l'autre extrême le dixième décile (10) regroupe 10 pour cent des ménages les plus aisés.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, l'incidence des dépenses liées à la maladie fluctue autour de 5 pour cent parmi les 60 pour cent de ménages les plus pauvres (voir ***figure 7.3a***). A partir du septième décile, cependant, l'incidence des dépenses liées à la maladie s'accroît avec le groupe de revenus pour atteindre 10 pour cent parmi les 10 pour cent des ménages les plus aisés. En déhors de la diminution de l'incidence parmi les 20 pour cent des ménages les plus pauvres dans l'enquête finale, l'incidence est restée approximativement au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale dans les ménages de l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Dans l'arrondissement test de Say, où est administré le paiement direct, l'incidence des dépenses liées à la maladie est restée au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les 40 pour cent des ménages les plus pauvres (voir ***figure 7.3b***). Parmi les groupes de revenus intermédiaires, l'incidence des dépenses liées à la maladie a augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale. Enfin, parmi les 30 pour cent des ménages les plus aisés, l'incidence des dépenses liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Figure 7.3a - ARRONDISSEMENT D'ILLELA
INCIDENCE DES DEPENSES LIEES A LA MALADIE (%) SUR LES DEPENSES MONETAIRES MENSUELLES DU MENAGE
ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE: (MENAGES ENQUETES)

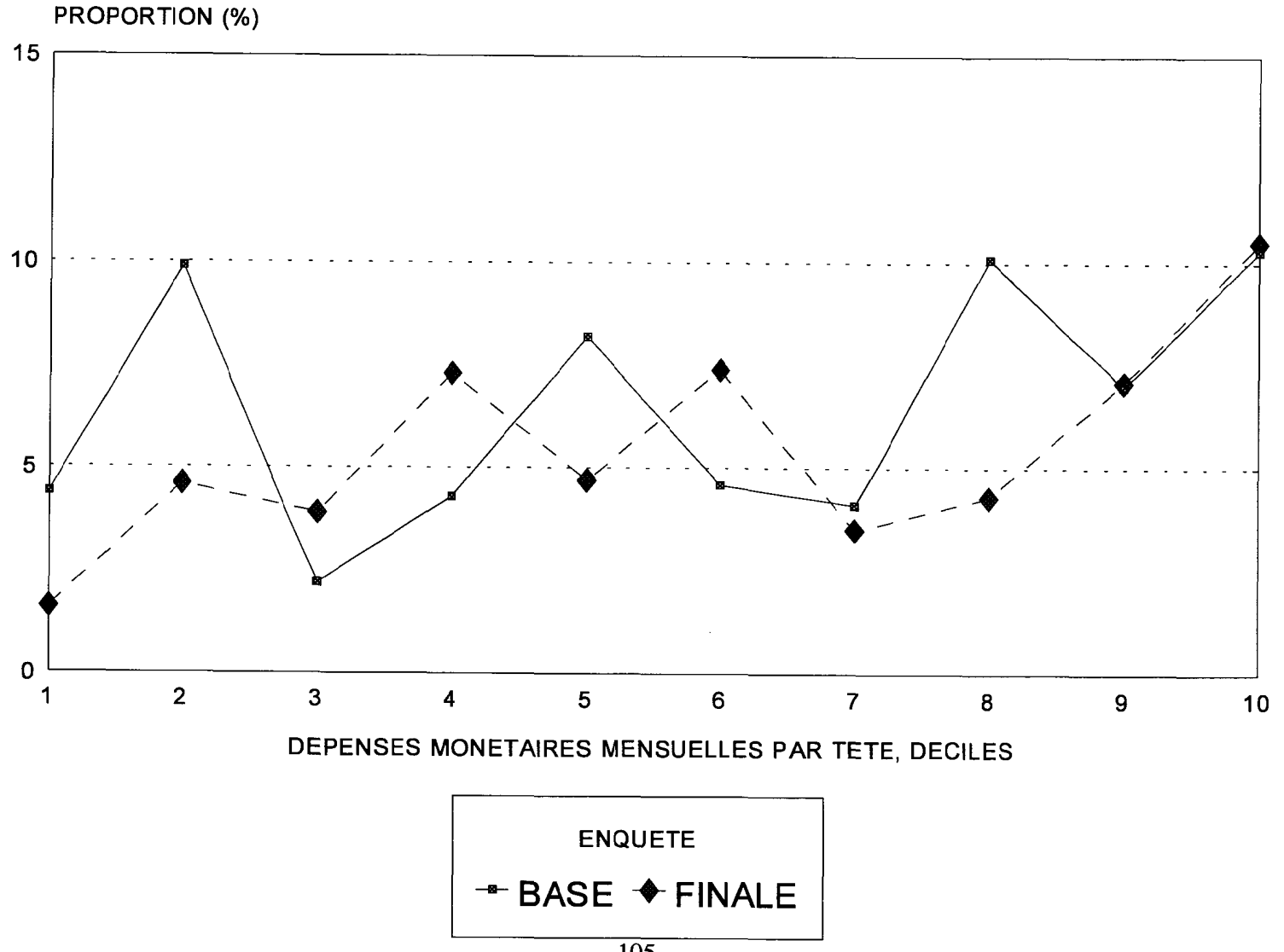


Figure 7.3b - ARRONDISSEMENT DE SAY
INCIDENCE DES DEPENSES LIEES A LA MALADIE (%) SUR LES DEPENSES MONETAIRES MENSUELLES DU MENAGE
ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE: (MENAGES ENQUETES)

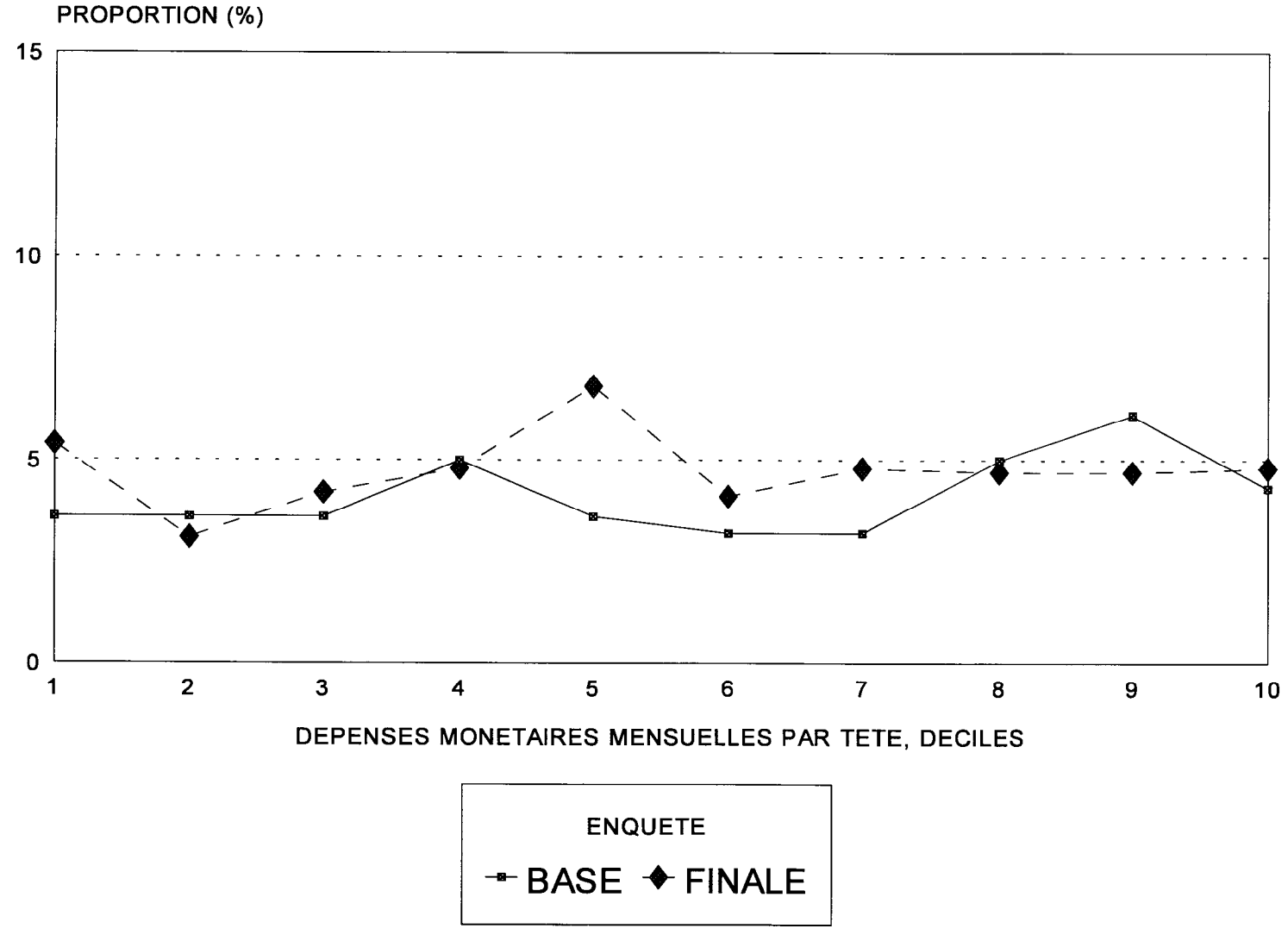
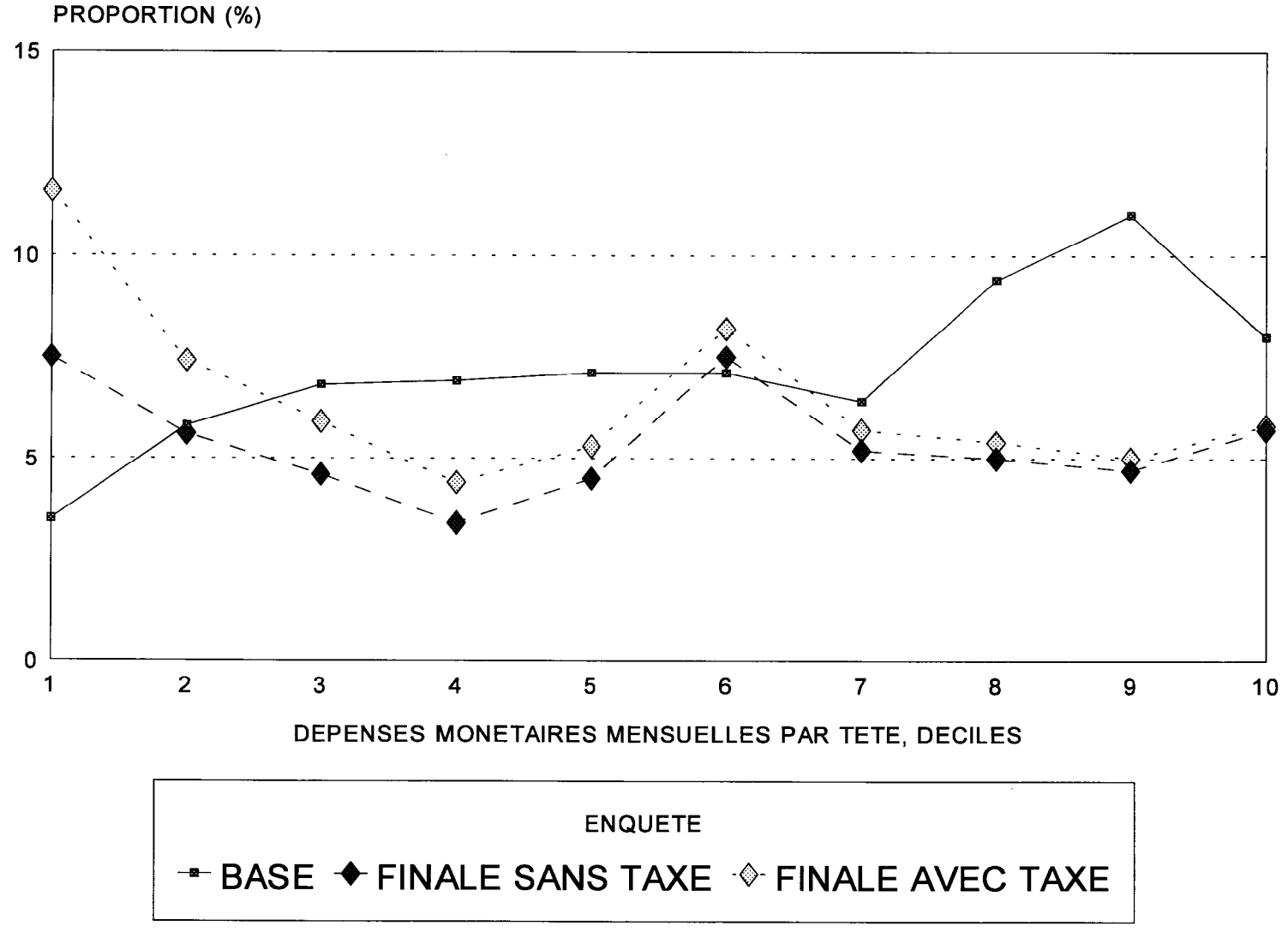


Figure 7.3C - ARRONDISSEMENT DE BOBOYE
INCIDENCE DES DEPENSES LIEES A LA MALADIE (%) SUR LES DEPENSES MONETAIRES MENSUELLES DU MENAGE
ENQUETE DE BASE ET ENQUETE FINALE: (MENAGES ENQUETES)



Dans l'arrondissement test de Boboye, où est administré le paiement indirect, l'incidence des paiements directs liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale à l'exception des 20 pour cent des ménages les plus pauvres (voir ***figure 7.3c***). L'incidence a même augmenté parmi les 10 pour cent des ménages les plus pauvres. L'inclusion des paiements de la taxe dans les dépenses liées à la maladie n'altèrent pas ces conclusions. Il est remarquable, cependant, que l'incidence du paiement de la taxe par tous les individus âgés de 18 ans et plus est d'autant plus élevée plus le ménage est pauvre. Ce dernier résultat met à jour la question de l'exemption des pauvres dans le cadre de la majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments au niveau local.

8.0 PAIEMENT DES SOINS

Dans le cadre de l'enquête finale, un questionnaire sur le paiement des soins a été administré à tous les individus présents âgés de 15 ans et plus des échantillons des arrondissements test de Boboye et de Say, où des efforts ont été engagés pour améliorer la qualité des soins. Il s'agira de décrire dans cette présente section la volonté des populations de payer pour garantir la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires telle qu'elles l'ont vécue durant les six mois séparant le démarrage de l'enquête finale, et la mise en place des stocks de médicaments initiaux et le démarrage des paiements des soins au niveau des formations sanitaires. Par ailleurs, les préférences et attitudes des populations vis à vis des modes de paiement en cours de test seront résumées quantitativement.

8.1 VOLONTÉ DE PAYER

Le ***tableau 8.1a*** résume les déclarations des répondants concernant la volonté de payer pour les améliorations de la qualité des soins dans les arrondissements test de Boboye et de Say. La proportion des individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être prêts à toujours payer pour garantir la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires s'élève à 88 pour cent dans l'arrondissement test de Say, et 92 pour cent dans l'arrondissement test de Boboye. En d'autres termes, la quasi-totalité des répondants adhèrent au paiement des soins pour garantir la disponibilité des médicaments dans les deux arrondissements. Ce résultat est observé invariablement aux niveaux de tous les groupes socio-démographiques et économiques à l'intérieur de chaque arrondissement test (voir ***tableaux 8.1a et 8.1b***).

Les ***figures 8.1a et 8.1b*** décrivent l'évolution des proportions d'individus qui sont prêts à toujours selon le groupe de revenus dans respectivement l'arrondissement de Say et l'arrondissement de Boboye. Il est remarquable que parmi les individus appartenant aux groupes de revenus les plus faibles, 1er et 2ième déciles, les proportions d'individus qui déclarent être prêts à toujours payer sont aussi élevées que parmi les individus appartenant aux groupes de revenus les plus élevés.

Plus de 60 pour cent des répondants des deux arrondissements déclarent être prêts à payer plus que le tarif appliqué actuellement dans leur arrondissement (voir ***tableaux 8.1a et 8.1b***). Au niveau de chaque arrondissement, la proportion d'individus qui déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel est légèrement plus élevée parmi les hommes comparés aux femmes. Par ailleurs, le groupe Peulh s'individualise par une plus faible proportion d'individus qui déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel au sein de chaque arrondissement. Par ailleurs, il peut être observé au niveau des ***figures 8.1a et 8.1b***, que la variabilité selon le groupe de revenus des proportions d'individus qui déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel est très faible.

Les ***tableaux 8.1c et 8.1d*** résument la variabilité des montants que les individus déclarent être prêts à payer à la formation sanitaire dans le cadre du système qui est en cours de test dans leur arrondissement selon plusieurs caractéristiques socio-démographiques et économiques. Les répondants de l'arrondissement test de Say déclarent être prêts à payer 250 FCFA en moyenne; dans l'arrondissement test de Boboye, les répondants déclarent être prêts à payer 90 FCFA en moyenne. A l'intérieur de chaque arrondissement, la variabilité des montants déclarés par les répondants est relativement faible quelque soit la caractéristique démographique, sociale, ou économique considérée.

TABLEAU 8.1A
VOLONTÉ DE PAYER POUR L'AMELIORATION DES SOINS DE SANTÉ PROPORTION (%) D'INDIVIDUS QUI DÉCLARENT ÊTRE PRÊT À TOUJOURS PAYER OU À PAYER PLUS QUE LE TARIF ACTUEL SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT (INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Prêt à toujours payer	Prêt à payer plus	Nombre d'individus	Prêt à toujours payer	Prêt à payer plus	Nombre d'individus
Age en années						
< 18	80,4	55,5	209	89,7	63,2	261
18-24	87,0	65,6	346	90,6	63,6	360
25-34	91,5	70,2	399	92,0	61,4	487
35-44	90,2	64,6	336	94,8	64,5	363
45-54	90,0	71,6	261	93,2	57,1	294
55 +	85,0	65,4	301	89,8	62,4	343
Sexe						
Masculin	88,8	69,1	874	96,1	69,7	927
Feminin	87,1	63,4	978	88,3	56,1	1.181
Groupe Ethnique						
ZARMA	89,0	73,0	382	91,6	61,9	1.599
HAWSA	89,9	79,0	119	94,6	72,0	93
PEULH	85,5	63,0	708	91,7	58,6	338
AUTRES	89,6	63,0	643	92,3	69,2	78
Strate						
Avec FSP	82,9	62,9	280	93,9	60,6	327
Sans FSP	88,8	66,7	1.572	91,4	62,4	1.781
ENSEMBLE	**87,9**	**66,1**	**1.852**	**91,7**	**62,1**	**2.108**

TABLEAU 8.1b
VOLONTÉ DE PAYER POUR L'AMELIORATION DES SOINS DE SANTÉ PROPORTION (%) D'INDIVIDUS QUI DÉCLARENT ÊTRE PRÊT À TOUJOURS PAYER OU À PAYER PLUS QUE LE TARIF ACTUEL SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES PAR ARRONDISSEMENT (INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Prêt à toujours payer	Prêt à payer plus	Nombre d'individus	Prêt à toujours payer	Prêt à payer plus	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
< 1 heure	84,4	62,8	347	94,3	63,8	473
[1, 2)	86,0	67,0	515	89,5	60,4	589
[2, 3)	86,7	66,4	375	92,3	61,7	491
3 heures et plus	92,2	67,0	615	91,5	62,7	555
Taille du Ménage						
< 5	87,3	64,7	346	94,5	60,0	220
5-7	90,7	66,6	569	92,7	66,1	634
8-11	86,6	64,9	567	90,7	58,7	681
12 et +	86,2	68,4	370	90,8	62,5	573
Groupe de Revenus						
Faible	88,4	65,9	484	93,7	62,1	559
Faible-Moyen	87,0	63,0	476	90,1	62,1	535
Moyen-Elevé	89,6	65,6	442	92,2	59,6	502
Elevé	86,7	70,0	450	90,8	64,6	512
ENSEMBLE	**87,9**	**66,1**	**1.852**	**91,7**	**62,1**	**2.108**

Figure 8.1a - PAIEMENT DES SOINS
PROPORTION D'INDIVIDUS QUI SONT PRETS A TOUJOURS PAYER LE TARIF ACTUEL ET PROPORTION D'INDIVIDUS QUI SONT PRETS A PAYER PLUS: ARRONDISSEMENT DE SAY (INDIVIDUS AGES DE 15 ANS ET PLUS)

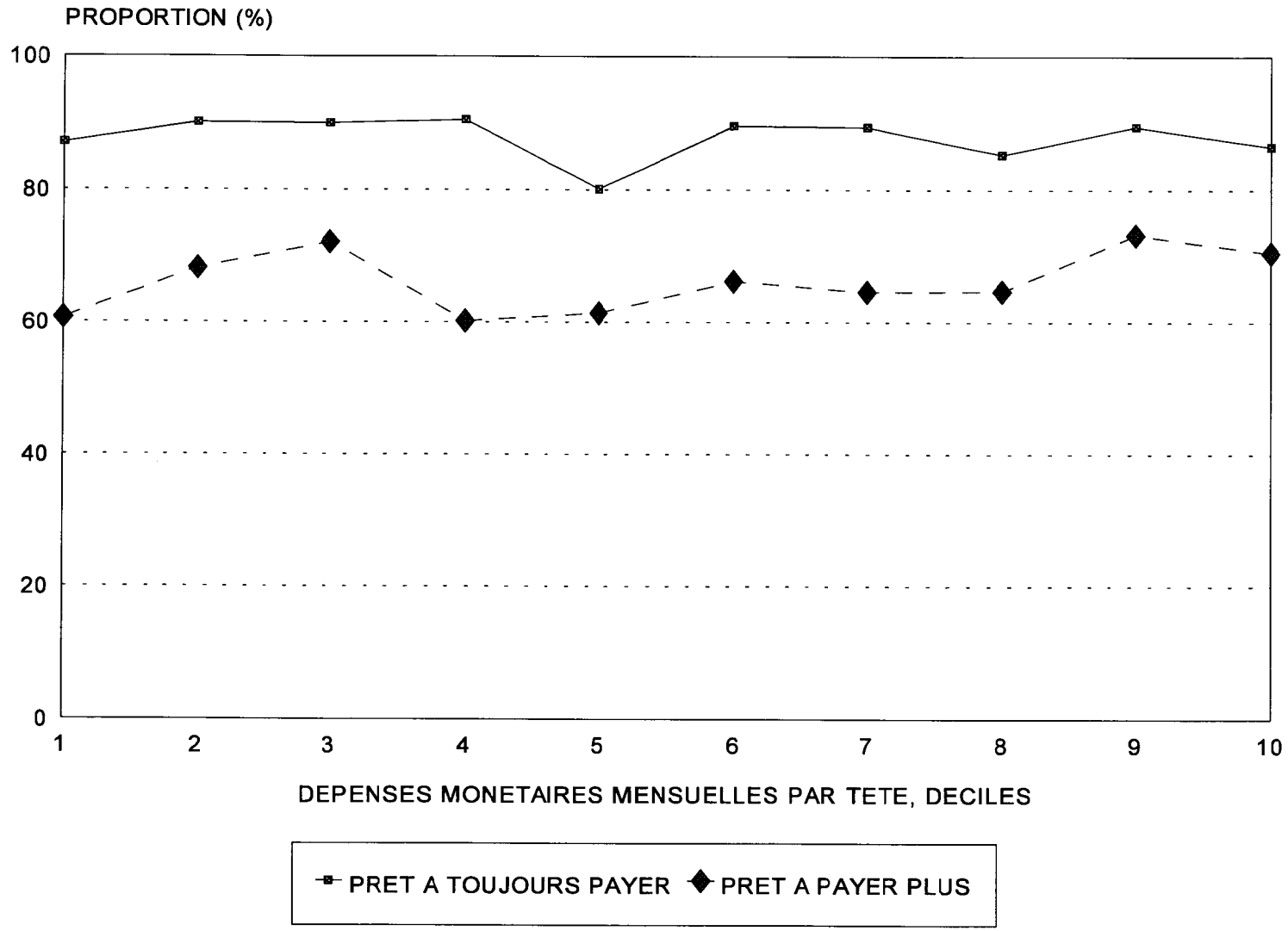
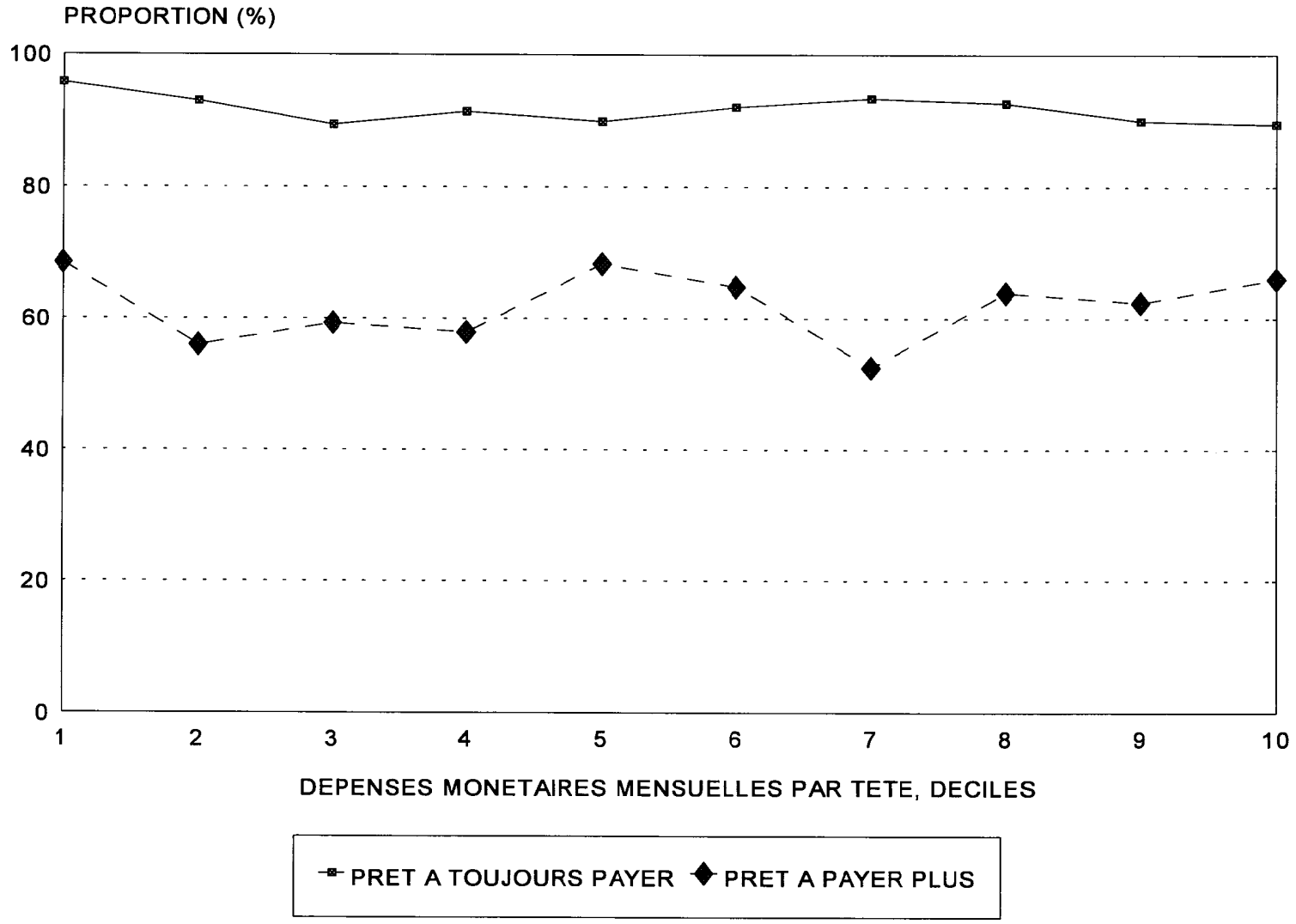


Figure 8.1b - PAIEMENT DES SOINS
PROPORTION D'INDIVIDUS QUI SONT PRETS A TOUJOURS PAYER LE TARIF ACTUEL ET PROPORTION D'INDIVIDUS QUI SONT PRETS A PAYER PLUS: ARRONDISSEMENT DE BOBOYE (INDIVIDUS AGES DE 15 ANS ET PLUS)



En résumé, sur la base des déclarations des individus âgés de 15 ans et plus dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say, la volonté de payer aux niveaux des formations sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments dans les dites formations sanitaires est très élevée. La proportion des individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être prêts à toujours payer pour garantir la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires s'élève à environ 90 pour cent dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. Dans l'arrondissement test de Say, environ 66 pour cent des individus âgés de 15 ans et plus déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel de 200 FCFA par épisode. Dans l'arrondissement test de Boboye, environ 62 pour cent des individus âgés de 15 ans et plus déclarent être prêts à payer plus que le montant actuel du ticket modérateur de 50 FCFA par épisode. La faible variabilité de la volonté de payer déclarée selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des individus au niveau de chaque arrondissement suggère que des modifications peuvent être appliquées aux tarifs actuels sans grandes conséquences sur l'utilisation des formations sanitaires publiques. Les niveaux respectifs des montants que les individus déclarent être prêts à payer dans les deux arrondissements, cependant, supportent que la modification des tarifs ferait face à plus de flexibilité au niveau du ticket modérateur dans le système du paiement indirect administré dans l'arrondissement de Boboye comparé au système de paiement direct appliqué dans l'arrondissement de Say.

8.2 MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES ET ATTITUDES

Les deux modes de paiement direct et indirect ont été décrits aux répondants pour déterminer leurs préférences et attitudes vis à vis des dits modes de paiement.[6] Les ***tableaux 8.2a et 8.2b*** résument les préférences des répondants vis à vis des modes de paiement en cours de test et leurs variations parmi différents groupes socio-démographiques et économiques.

Dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say, la quasi-totalité des individus âgés de 15 ans et plus déclarent préférer le mode de paiement indirect au mode de paiement direct: environ 84 pour cent des répondants déclarent préférer le mode de paiement indirect contre 6 à 8 pour cent qui préfèrent le mode de paiement direct dans les deux arrondissements test. A l'intérieur de chaque arrondissement, ce schéma de préférences vis à vis des modes de paiement varie très peu entre les différents groupes socio-démographiques et économiques.

---

[6] Question 832 du questionnaire paiement des soins:
On demande aux adultes de votre arrondissement de choisir entre les deux moyens de paiement suivants pour assurer que les médicaments soient disponibles au niveau du dispensaire le plus proche de vous:

> Le *premier moyen*: On demande à chaque adulte de cotiser 200 FCFA une fois par an et en plus on demande à payer 50 FCFA au niveau du dispensaire chaque fois que l'on tombe malade;
>
> Le *deuxième moyen*: On demande de payer 200 FCFA au niveau du dispensaire chaque fois que l'on tombe malade.
>
> Lequel des deux moyens de paiement préférez-vous?
>
> **voir Question 832, questionnaire paiement des soins, Annexe 1**

TABLEAU 8.1c
VOLONTÉ DE PAYER POUR L'AMELIORATION DES SOINS DE SANTÉ MONTANT MOYEN (CFA F) QUE LES INDIVIDUS DÉCLARENT ÊTRE PRÊT À PAYER AFIN DE GARANTIR LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES PAR ARRONDISSEMENT (INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT			
	SAY		BOBOYE	
	Montant prêt à payer (FCFA)	Nombre d'individus	Montant prêt à payer (FCFA)	Nombre d'individus
Age en années				
< 18	215,1	209	91,3	261
18-24	240,0	346	90,7	360
25-34	263,6	399	88,1	487
35-44	257,4	336	95,2	363
45-54	250,0	261	86,5	294
55 +	251,0	301	88,2	343
Sexe				
Masculin	262,3	874	100,7	927
Feminin	236,4	978	81,5	1.181
Groupe Ethnique				
ZARMA	244,9	382	90,5	1.599
HAWSA	286,6	119	103,8	93
PEULH	249,6	708	79,0	338
AUTRES	242,7	643	110,4	78
Strate				
Avec FSP	239,7	280	85,5	327
Sans FSP	250,2	1.572	90,8	1.781
TOTAL	**248,6**	**1.852**	**90,0**	**2.108**

TABLEAU 8.1d
VOLONTÉ DE PAYER POUR L'AMELIORATION DES SOINS DE SANTÉ MONTANT MOYEN (CFA F) QUE LES INDIVIDUS DÉCLARENT ÊTRE PRÊT À PAYER AFIN DE GARANTIR LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES SELON QUELQUES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES PAR ARRONDISSEMENT
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT			
	SAY		BOBOYE	
	Montant pret à payer (FCFA)	Nombre d'individus	Montant prêt à payer (FCFA)	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche				
< 1 heure	239,1	347	86,0	473
[1, 2)	254,1	515	89,5	589
[2, 3)	247,5	375	89,4	491
3 heures et plus	250,1	615	94,3	555
Taille du Ménage				
< 5	246,7	346	88,8	220
5-7	258,1	569	89,9	634
8-11	247,2	567	86,3	681
12 et +	237,9	370	94,8	573
Groupes de Revenus				
Faible	236,0	484	84,3	559
Faible-Moyen	240,8	476	90,0	535
Moyen-Elevé	247,7	442	88,0	502
Elevé	271,3	450	98,1	512
ENSEMBLE	**248,6**	**1.852**	**90,0**	**2.108**

TABLEAU 8.2a
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
MODE DE PAIEMENT PRÉFÉRÉ PAR LES RÉPONDANTS
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET PAR ARRONDISSEMENT
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Proportion (%) qui Préférent			Proportion (%) qui Préférent		
	Paiement indirect	Paiement direct	Nombre d'individus	Paiement indirect	Paiement direct	Nombre d'individus
Age en années						
< 18	75,1	8,1	209	82,8	9,2	261
18-24	82,7	6,9	346	84,7	8,3	360
25-34	87,0	6,8	399	86,7	8,0	487
35-44	86,6	6,3	336	87,9	7,2	363
45-54	92,0	3,1	261	88,8	6,5	294
55 +	79,4	9,0	301	75,5	7,0	343
Sexe						
Masculin	84,4	7,8	874	86,7	10,7	927
Feminin	84,0	5,7	978	82,8	5,3	1.181
Groupe Ethnique						
ZARMA	88,5	5,2	382	85,4	7,5	1.599
HAWSA	80,7	6,7	119	81,7	8,6	93
PEULH	82,9	7,1	708	79,3	9,2	338
AUTRES	83,8	7,2	643	92,3	3,8	78
Strate						
Avec FSP	75,0	13,9	280	83,8	7,3	327
Sans FSP	85,9	5,4	1.572	84,7	7,7	1.781
ENSEMBLE	**84,2**	**6,7**	**1.852**	**84,5**	**7,7**	**2.108**

TABLEAU 8.2b
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
MODE DE PAIEMENT PRÉFÉRÉ PAR LES RÉPONDANTS
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET PAR ARRONDISSEMENT
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Proportion (%) qui Préférent			Proportion (%) qui Préférent		
	Paiement indirect	Paiement direct	Nombre d'individus	Paiement indirect	Paiement direct	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
< 1 heure	74,6	15,6	347	83,5	7,6	473
[1, 2)	84,7	5,6	515	85,9	6,6	589
[2, 3)	87,5	4,0	375	87,8	4,3	491
3 heures et plus	87,3	4,2	615	81,1	11,9	555
Taille du Ménage						
< 5	83,2	6,1	346	83,2	7,7	220
5-7	87,2	5,8	569	86,3	8,4	634
8-11	82,0	7,1	567	84,1	7,0	681
12 et +	84,1	8,1	370	83,6	7,7	573
Groupe de Revenus						
Faible	86,8	3,3	484	85,2	7,5	559
Faible-Moyen	83,0	6,7	476	86,0	5,0	535
Moyen-Elevé	86,4	6,3	442	82,9	7,6	502
Elevé	80,7	10,7	450	84,0	10,7	512
ENSEMBLE	**84,2**	**6,7**	**1.852**	**84,5**	**7,7**	**2.108**

Ce résultat est en contraste avec les rapports des techniciens de la santé engagés dans la mise en place de systèmes de financement local des soins de santé en Afrique sur les préférences des populations vis à vis des modes de paiement à administrer. Il est évident que les répondants n'ont pas envisagé la complexité différentielle et les coûts opérationnels de la mise en place des deux modes de paiement, contrairement aux techniciens de la santé, comme cela apparaît dans les raisons données pour leur choix respectif entre les deux modes.

La ***figure 8.2a*** décrit les raisons pour lesquelles le mode de paiement direct n'est pas préféré parmi les répondants qui déclarent préférer le mode de paiement indirect dans les deux arrondissement test.[7] Cinquante-cinq (55) pour cent des répondants de l'arrondissement test de Boboye déclarent que c'est à cause du *manque de moyens* qu'ils ne préfèrent pas le mode de paiement direct. Par ailleurs, 26 pour cent des répondants déclarent que c'est parce qu'il leur est *difficile d'avoir 200 FCFA à chaque maladie* qu'ils ne préfèrent pas le mode de paiement direct. Enfin, 17 pour cent des répondants déclarent que c'est parce que le *coût est élevé* dans le cadre du mode de paiement direct qu'ils ne préfèrent pas ce mode de paiement. Dans l'arrondissement test de Say, ces proportions sont respectivement 61, 19, et 12 pour cent. En d'autres termes, la distribution des répondants selon les raisons pour lesquelles le mode de paiement direct n'est pas préférée est comparable entre les deux arrondissements.

A l'intérieur d'un arrondissement donné, la distribution des répondants selon les raisons pour lesquelles le mode de paiement direct n'est pas préférée est comparable entre différents groupes socio-démographiques et économiques (voir ***tableaux 8.2c, 8.2d, 8.2e, et 8.2f***).

La ***figure 8.2b*** décrit les raisons pour lesquelles le mode de paiement indirect est préféré parmi les répondants qui déclarent préférer le mode de paiement indirect dans les deux arrondissement test. Cinquante-cinq (56) pour cent des répondants de l'arrondissement test de Boboye déclarent que c'est parce que ça *coûte moins cher* qu'ils préfèrent le mode de paiement indirect. Vingt (20) pour cent des répondants déclarent que c'est parce qu'il leur est *facile d'avoir 200 FCFA par an*. Par ailleurs, 8 pour cent déclarent parce qu'il est *facile d'avoir 50 FCFA à chaque maladie*; et 9 pour cent parce qu'il est *facile* d'avoir 200 FCFA par an et 50 FCFA à chaque maladie. Dans l'arrondissement test de Say, ces proportions sont respectivement 26, 46, 2, et 17 pour cent. En d'autres termes, alors que la majorité des répondants de l'arrondissement test de Boboye ont mis l'accent sur les coûts comparatifs des deux modes tels qu'ils les perçoivent, les répondants de l'arrondissement test de Say ont eu tendance à donner des réponses par rapport au système qui est appliqué actuellement dans l'arrondissement: en effet, environ 62 pour cent des répondants de l'arrondissement de Say déclarent que c'est parce qu'il est facile d'avoir 200 FCFA par an qu'ils préfèrent le mode de paiement indirect.

A l'intérieur d'un arrondissement donné, la distribution des répondants selon les raisons pour lesquelles le mode de paiement indirect est préférée est comparable entre différents groupes socio-démographiques et économiques (voir ***tableaux 8.2g, 8.2h, 8.2i, et 8.2j***).

---

[7] Ces réponses sont des réponses à une question ouverte qui ont été codées dans le cadre de la saisie des données.

voir Questions 833 et 834, questionnaire paiement des soins, Annexe 1.

Figure 8.2a
DISTRIBUTION (%) DES REPONDANTS QUI PREFERENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT DIRECT N'EST PAS PREFERE

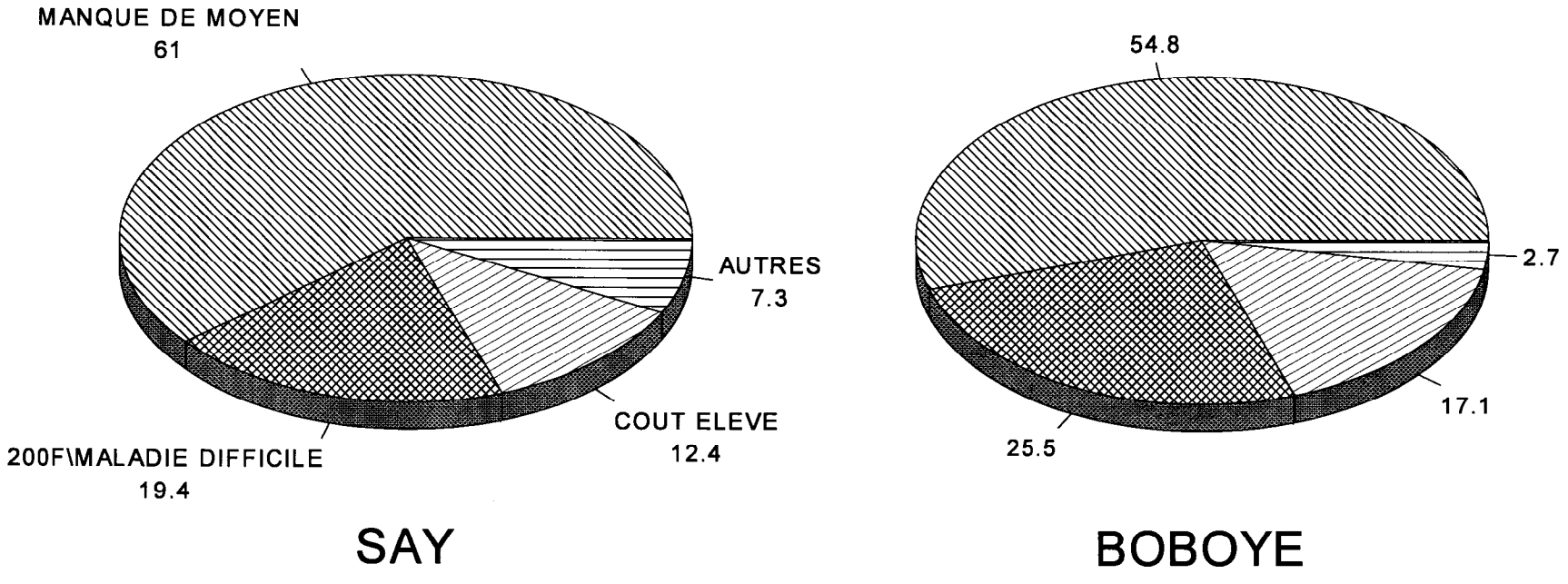


TABLEAU 8.2c
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT DIRECT N'EST PAS PRÉFÉRÉ PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE SAY**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Direct n'est pas Préféré						
	Coût élevé	Manque de moyen	Difficile d'avoir 200F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Age en années							
< 18	9,6	58,6	15,3	12,7	3,8	100,0	157
18-24	13,6	64,0	15,7	2,1	4,5	100,0	286
25-34	11,5	64,8	17,9	2,6	3,2	100,0	347
35-44	12,4	61,9	21,0	1,4	3,4	100,0	291
45-54	18,3	55,4	18,3	2,9	5,0	100,0	240
55 +	8,4	57,7	27,6	2,1	4,2	100,0	239
Sexe							
Masculin	13,0	57,6	21,3	4,1	4,1	100,0	738
Feminin	11,9	64,0	17,6	2,6	3,9	100,0	822
Groupe Ethnique							
ZARMA	9,8	60,7	22,8	2,1	4,7	100,0	338
HAWSA	14,6	61,5	16,7	2,1	5,2	100,0	96
PEULH	15,3	59,6	17,5	5,5	2,0	100,0	587
AUTRES	10,6	62,5	19,7	1,9	5,4	100,0	539
Strate							
Avec FSP	10,5	48,6	15,2	3,8	21,9	100,0	210
Sans FSP	12,7	62,9	20,0	3,2	1,2	100,0	1.350
ENSEMBLE	**12,4**	**61,0**	**19,4**	**3,3**	**4,0**	**100,0**	**1.560**

TABLEAU 8.2d
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT DIRECT N'EST PAS PRÉFÉRÉ
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE BOBOYE**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Direct n'est pas Préféré						
	Coût élevé	Manque de moyens	Difficile d'avoir 200F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Age en années							
< 18	20,8	52,3	23,6	2,3	0,9	100,0	216
18-24	22,0	56,4	19,7	1,0	1,0	100,0	305
25-34	17,1	54,3	26,5	1,4	0,7	100,0	422
35-44	13,2	55,2	28,8	2,5	0,3	100,0	319
45-54	14,6	54,8	28,0	1,5	1,1	100,0	261
55 +	15,8	55,2	25,5	2,7	0,8	100,0	259
Sexe							
Masculin	18,8	51,6	26,9	2,2	0,5	100,0	804
Feminin	15,7	57,4	24,3	1,5	1,0	100,0	978
Groupe Ethnique							
ZARMA	16,5	54,4	26,7	1,8	0,5	100,0	1.366
HAWSA	30,3	46,1	17,1	2,6	3,9	100,0	76
PEULH	17,2	58,2	22,4	1,9	0,4	100,0	268
AUTRES	13,9	58,3	22,2	1,4	4,2	100,0	72
Strate							
Avec FSP	19,7	55,1	24,1	0,7	0,4	100,0	274
Sans FSP	16,6	54,7	25,7	2,1	0,9	100,0	1.508
ENSEMBLE	**17,1**	**54,8**	**25,5**	**1,9**	**0,8**	**100,0**	**1.782**

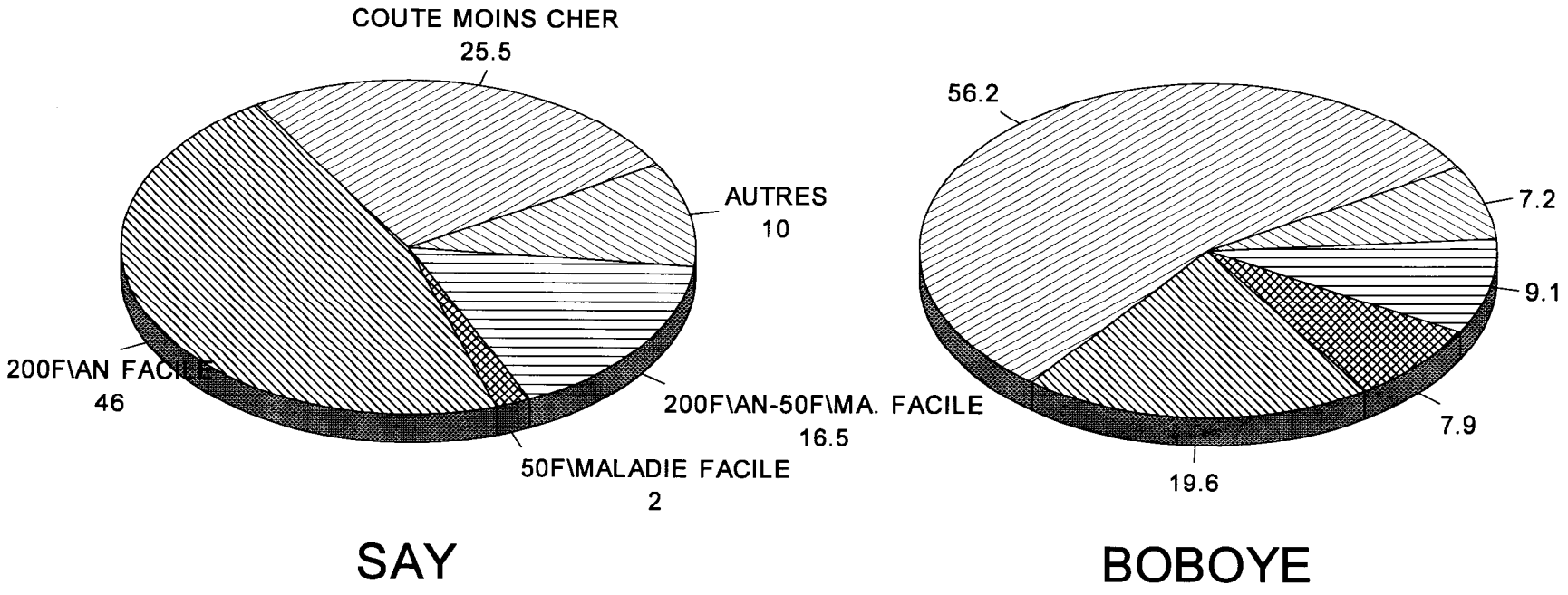
TABLEAU 8.2e
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT DIRECT N'EST PAS PRÉFÉRÉ PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE SAY**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour lequelle le Mode de Paiement Direct n'est pas Préféré						
	Coût élevé	Manque de moyens	Difficile d'avoir 200F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche							
< 1 heure	14,3	56,0	21,2	6,2	2,3	100,0	259
[1, 2)	12,2	65,1	18,3	2,5	1,8	100,0	436
[2, 3)	7,0	72,6	18,6	0,9	0,9	100,0	328
3 heures et +	15,1	52,9	19,7	3,9	8,4	100,0	537
Taille du Ménage							
< 5	14,2	60,1	17,4	1,7	6,6	100,0	288
5-7	12,1	58,9	21,4	3,4	4,2	100,0	496
8-11	10,8	62,8	20,6	3,9	1,9	100,0	465
12 et +	13,8	62,4	16,1	3,5	4,2	100,0	311
Groupe de Revenus							
Faible	11,7	59,3	21,7	1,4	6,0	100,0	420
Faible-Moyen	10,4	65,3	18,0	3,8	2,5	100,0	395
Moyen-Elevé	11,8	59,7	22,0	4,2	2,4	100,0	382
Elevé	16,3	59,5	15,4	3,9	5,0	100,0	363
ENSEMBLE	**12,4**	**61,0**	**19,4**	**3,3**	**4,0**	**100,0**	**1.560**

TABLEAU 8.2f
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT DIRECT N'EST PAS PRÉFÉRÉ PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE BOBOYE**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Direct n'est pas Préféré						
	Coût élevé	Manque de moyens	Difficile d'avoir 200F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche							
< 1 heure	20,0	55,7	21,0	1,8	1,5	100,0	395
[1, 2)	14,4	56,1	27,5	1,4	0,6	100,0	506
[2, 3)	15,3	54,3	26,9	3,0	0,5	100,0	431
3 heures et +	19,3	52,9	25,8	1,3	0,7	100,0	450
Taille du Ménage							
< 5	18,0	56,8	23,5	1,1	0,5	100,0	183
5-7	14,1	57,8	26,0	1,6	0,5	100,0	547
8-11	17,8	53,8	25,5	1,7	1,2	100,0	573
12 et +	19,4	51,8	25,7	2,5	0,6	100,0	479
Groupe de Revenus							
Faible	16,8	51,5	28,6	2,7	0,4	100,0	476
Faible-Moyen	18,9	53,5	25,2	1,7	0,7	100,0	460
Moyen-Elevé	15,4	55,5	26,7	1,7	0,7	100,0	416
Elevé	17,2	59,1	21,2	1,2	1,4	100,0	430
ENSEMBLE	**17,1**	**54,8**	**25,5**	**1,9**	**0,8**	**100,0**	**1.782**

Figure 8.2b
DISTRIBUTION (%) DES REPONDANTS QUI PREFERENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT EST PREFERE



Les ***tableaux 8.2k et 8.2l*** décrivent les attitudes des répondants qui préfèrent le mode de paiement indirect vis à vis du montant de la cotisation dans les deux arrondissements. La proportion d'individus qui déclarent être prêts à cotiser plus de 200 FCFA par an est plus élevée dans l'arrondissement test de Say, où est administré le mode de paiement direct durant les tests pilotes, comparé à l'arrondissement test de Boboye, où est administré le mode de paiement indirect. Soixante-douze (72) pour cent des répondants de l'arrondissement de Say déclarent être prêts à cotiser plus de 200 FCFA; dans l'arrondissement de Boboye, cette proportion s'élève à 42 pour cent. Cette différence d'attitudes par rapport au montant de la cotisation annuelle entre les deux arrondissements test est observée systématiquement aux niveaux des groupes socio-démographiques et économiques. Il est observé au niveau de la ***figure 8.2c*** que la variation selon le groupe de revenus de la proportion des individus qui déclarent être prêts à cotiser plus de 200 FCFA est très faible au niveau de chaque arrondissement.

En moyenne, les répondants de l'arrondissement test de Say sont prêts à cotiser 290 FCFA par an dans le cadre du mode de paiement indirect; les répondants de l'arrondissement test de Boboye sont prêts à cotiser 250 FCFA par an. Il est observé au niveau de la ***figure 8.2d*** que les individus appartenant aux 10 pour cent des ménages les plus pauvres déclarent être prêts à cotiser 250 FCFA par an en moyenne dans l'arrondissement test de Say, comparé à 230 FCFA dans l'arrondissement test de Boboye. A l'autre extrême, les individus appartenant aux 10 pour cent des ménages les plus aisés déclarent être prêts à cotiser 380 FCFA par an en moyenne dans l'arrondissement test de Say, comparé à 290 FCFA dans l'arrondissement test de Boboye.

En résumé, 84 pour cent des répondants déclarent préférer le mode de paiement indirect contre 6 à 8 pour cent qui préfèrent le mode de paiement direct dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. A l'intérieur de chaque arrondissement, ce schéma de préférences vis à vis des modes de paiement varie très peu entre les différents groupes socio-démographiques et économiques. Les raisons données par les répondants pour la non-préférence du mode de paiement direct d'une part, et la préférence du mode de paiement indirect d'autre part, sont cohérentes avec le calcul économique dans un environnement rural où la morbidité est élevée, et où les niveaux de revenus monétaires des ménages sont faibles et les contraintes de liquidités varient avec les saisons. La majorité des répondants des deux arrondissements déclarent ne pas préférer le mode de paiement direct soit parce qu'ils manquent de moyens, soit parce qu'ils trouvent difficile d'avoir 200 FCFA à chaque maladie. Par ailleurs, ils préfèrent le mode de paiement indirect parce qu'ils trouvent qu'il coûte moins cher ou parce qu'ils jugent qu'il leur ait facile d'avoir 200 FCFA par an.

Les attitudes des répondants par rapport au montant de la cotisation annuelle sont plus sensibles à l'environnement du paiement des soins dont ils ont fait l'expérience qu'à la variation des caractéristiques socio-démographiques et économiques des individus et de leur ménage d'appartenance. Les proportions de répondants qui déclarent être prêts à cotiser à payer plus de 200 FCFA par an sont plus élevées dans l'arrondissement test de Say, où les patients payent 200 FCFA par épisode, comparé à l'arrondissement test de Boboye où est administré le mode de paiement indirect.

TABLEAU 8.2g
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT EST PRÉFÉRÉ
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE SAY**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Indirect est Préféré							
	Coûte moins cher	Facile de payer 200F/an	Facile de payer 50F/maladie	Facile de payer 200F/an et 50F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Age en années								
< 18	20,4	38,2	2,5	13,4	20,4	5,1	100,0	157
18-24	26,9	41,6	2,4	18,5	5,6	4,9	100,0	286
25-34	23,6	47,3	2,3	20,2	3,2	3,5	100,0	347
35-44	24,4	52,2	2,1	13,4	3,4	4,5	100,0	291
45-54	34,6	43,3	1,7	12,5	2,5	5,4	100,0	240
55 +	22,2	49,4	,8	18,8	4,2	4,6	100,0	239
Sexe								
Masculin	27,0	44,7	2,3	16,1	5,6	4,3	100,0	738
Feminin	24,2	47,1	1,7	16,9	5,4	4,7	100,0	822
Groupe Ethnique								
ZARMA	18,9	50,6	2,4	18,9	4,1	5,0	100,0	338
HAWSA	38,5	38,5	1,0	13,5	3,1	5,2	100,0	96
PEULH	29,1	46,7	1,5	13,1	6,6	2,9	100,0	587
AUTRES	23,4	43,6	2,4	19,3	5,4	5,9	100,0	539
Strate								
Avec FSP	29,0	35,2	2,4	9,0	1,9	22,4	100,0	210
Sans FSP	25,0	47,6	1,9	17,7	6,0	1,8	100,0	1.350
ENSEMBLE	**25,5**	**46,0**	**2,0**	**16,5**	**5,4**	**4,6**	**100,0**	**1.560**

TABLEAU 8.2h
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT EST PRÉFÉRÉ
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE BOBOYE**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Indirect est Préféré							
	Coûte moins cher	Facile de payer 200F/an	Facile de payer 50F/maladie	Facile de payer 200F/an et 50F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Age en années								
< 18	54,6	23,1	7,4	6,5	7,4	0,9	100,0	216
18-24	60,3	18,0	6,6	7,9	5,2	2,0	100,0	305
25-34	59,2	18,7	9,0	7,6	4,7	0,7	100,0	422
35-44	48,3	26,0	6,3	11,3	7,8	0,3	100,0	319
45-54	60,2	16,9	7,7	8,8	5,0	1,5	100,0	261
55 +	53,3	14,7	10,4	13,1	8,1	0,4	100,0	259
Sexe								
Masculin	52,6	20,9	9,1	10,2	7,0	0,2	100,0	804
Feminin	59,1	18,5	7,0	8,3	5,6	1,5	100,0	978
Groupe Ethnique								
ZARMA	55,6	19,8	7,8	9,6	6,4	0,7	100,0	1.366
HAWSA	61,8	15,8	3,9	7,9	5,3	5,3	100,0	76
PEULH	58,6	18,3	10,4	8,2	4,1	0,4	100,0	268
AUTRES	51,4	25,0	4,2	5,6	11,1	2,8	100,0	72
Strate								
Avec FSP	50,7	27,4	10,2	5,8	5,5	0,4	100,0	274
Sans FSP	57,2	18,2	7,5	9,7	6,4	1,1	100,0	1.508
ENSEMBLE	**56,2**	**19,6**	**7,9**	**9,1**	**6,2**	**1,0**	**100,0**	**1.782**

TABLEAU 8.2i
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT EST PRÉFÉRÉ PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE SAY**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Indirect est Préféré							
	Coûte moins cher	Facile de payer 200F/an	Facile de payer 50F/maladie	Facile de payer 200F/an et 50F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche								
< 1 heure	32,0	43,2	2,3	16,6	3,1	2,7	100,0	259
[1, 2)	21,1	47,9	2,1	22,5	3,4	3,0	100,0	436
[2, 3)	28,0	46,6	4,0	12,5	7,9	0,9	100,0	328
3 heures et +	24,4	45,3	0,6	14,2	6,7	8,9	100,0	537
Taille du Ménage								
< 5	25,0	51,0	0,7	14,6	1,4	7,3	100,0	288
5-7	27,0	42,7	2,4	16,5	6,5	4,8	100,0	496
8-11	25,8	45,4	2,8	17,0	6,7	2,4	100,0	465
12 et +	23,2	47,3	1,3	17,7	5,8	4,8	100,0	311
Groupe de Revenus								
Faible	23,8	49,8	1,2	14,5	5,0	5,7	100,0	420
Faible-Moyen	23,5	46,3	1,5	19,7	5,6	3,3	100,0	395
Faible-Elevé	25,4	45,8	3,4	17,5	5,0	2,9	100,0	382
Elevé	29,8	41,3	1,9	14,3	6,3	6,3	100,0	363
ENSEMBLE	**25,5**	**46,0**	**2,0**	**16,5**	**5,4**	**4,6**	**100,0**	**1.560**

TABLEAU 8.2j
MODE DE PAIEMENT: PRÉFÉRENCES
DISTRIBUTION (%) DES RÉPONDANTS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT
SELON LA RAISON POUR LAQUELLE LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT EST PRÉFÉRÉ
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES DANS L'**ARRONDISSEMENT DE BOBOYE**
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	Raison pour laquelle le Mode de Paiement Indirect est Préféré							
	Coûte moins cher	Facile de payer 200F/an	Facile de payer 50F/maladie	Facile de payer 200F/an et 50F/maladie	Autres raisons	Non déclarée	Total	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche								
< 1 heure	56,2	22,0	8,1	7,1	5,6	1,0	100,0	395
[1, 2)	57,3	16,6	9,3	10,1	6,3	0,4	100,0	506
[2, 3)	59,6	14,8	10,2	7,2	6,5	1,6	100,0	431
3 heures et +	51,6	25,3	4,0	11,8	6,4	0,9	100,0	450
Taille du Ménage								
< 5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
5-7	53,2	19,6	9,9	11,2	5,1	1,1	100,0	547
8-11	56,7	19,2	7,9	8,9	6,1	1,2	100,0	573
12 et +	58,0	20,3	5,6	7,9	7,3	0,8	100,0	479
Groupes de Revenus								
Faible	62,2	16,0	8,2	9,2	4,0	0,4	100,0	476
Faible-Moyen	57,2	18,5	8,0	8,0	7,0	1,3	100,0	460
Moyen-Elevé	56,3	16,8	8,4	12,5	5,0	1,0	100,0	416
Elevé	48,4	27,4	7,0	7,0	9,1	1,2	100,0	430
ENSEMBLE	**56,2**	**19,6**	**7,9**	**9,1**	**6,2**	**1,0**	**100,0**	**1.782**

TABLEAU 8.2k
MODE DE PAIEMENT INDIRECT
PROPORTION (%) DE RÉPONDANTS QUI SONT PRÊTS À PAYER PLUS DE 200 F\AN
ET MONTANT MOYEN (CFA F) QUE LES RÉPONDANTS SONT PRÊTS À PAYER PAR AN
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET PAR ARRONDISSEMENT
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Prêt à cotiser plus de 200F/an (%)	Montant Moyen (FCFA) prêt à cotiser/an[1]	Nombre d'individus	Prêt à cotiser plus de 200 F/an (%)	Montant Moyen (FCFA) prêt à cotiser/an[1]	Nombre d'individus
Age en années						
< 18	66,9	272,6	157	51,4	244,9	216
18-24	71,7	284,9	286	46,6	246,8	305
25-34	76,9	322,3	347	36,7	244,1	422
35-44	72,5	295,7	291	42,3	259,0	319
45-54	73,3	277,7	240	40,6	245,7	261
55 +	69,5	275,7	239	34,7	243,4	259
Sexe						
Masculin	75,5	302,6	738	48,3	258,6	804
Feminin	69,7	281,5	822	35,9	238,3	978
Groupe Ethnique						
ZARMA	77,2	301,3	338	41,8	246,3	1.366
HAWSA	87,5	328,9	96	63,2	271,8	76
PEULH	71,6	290,1	587	32,8	235,2	268
AUTRES	67,7	280,1	539	44,4	289,9	72
Strate						
Avec FSP	73,8	293,5	210	45,3	255,3	274
Sans FSP	72,2	291,2	1.350	40,8	246,0	1.508
ENSEMBLE	**72,4**	**291,5**	**1.560**	**41,5**	**247,5**	**1.782**

[1] Hypothèsis: il est postulé que les répondants ayant choisi la cotisation annuelle de 200 F sont prêts à cotiser au moins 200 F.

TABLEAU 8.2I
MODE DE PAIEMENT INDIRECT
PROPORTION (%) DE RÉPONDANTS QUI SONT PRÊTS À PAYER PLUS DE 200 F\AN
ET MONTANT MOYEN (CFA F) QUE LES RÉPONDANTS SONT PRÊTS À PAYER PAR AN
PARMI QUELQUES GROUPES SOCIO-ÉCONOMIQUES ET PAR ARRONDISSEMENT
(INDIVIDUS AGÉS DE 15 ANS ET PLUS QUI PRÉFÉRENT LE MODE DE PAIEMENT INDIRECT)

	ARRONDISSEMENT					
	SAY			BOBOYE		
	Prêt à cotiser plus de 200F/an (%)	Montant moyen (FCFA) prêt à cotiser/an[1]	Nombre d'individus	Prêt à cotiser plus de 200F/an (%)	Montant moyen (FCFA) prêt à cotiser/an[1]	Nombre d'individus
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
< 1 heure	70,3	287,8	259	45,8	252,0	395
[1, 2)	73,9	307,4	436	39,1	246,9	506
[2, 3)	75,0	300,1	328	41,1	249,9	431
3 heures et plus	70,8	275,1	537	40,7	241,8	450
Taille du Ménage						
< 5	72,6	281,1	288	40,4	239,6	183
5-7	72,0	291,2	496	43,0	249,5	547
8-11	72,5	308,5	465	40,7	245,8	573
12 et +	73,0	276,2	311	41,1	250,2	479
Groupe de Revenus						
Faible	74,0	266,5	420	38,0	232,8	476
Faible-Moyen	69,4	274,6	395	42,4	247,6	460
Moyen-Elevé	72,5	298,2	382	37,3	239,6	416
Elevé	73,8	331,8	363	48,4	271,2	430
ENSEMBLE	**72,4**	**291,5**	**1.560**	**41,5**	**247,5**	**1.782**

[1] Voir note 1 tableau 8.2k.

Figure 8.2c - MODE DE PAIEMENT INDIRECT
PROPORTION D'INDIVIDUS QUI DECLARENT ETRE PRETS A PAYER PLUS DE 200F\AN
PAR ARRONDISSEMENT: (INDIVIDUS AGES DE 15 ANS ET PLUS QUI PREFERENT LE PAIEMENT INDIRECT)

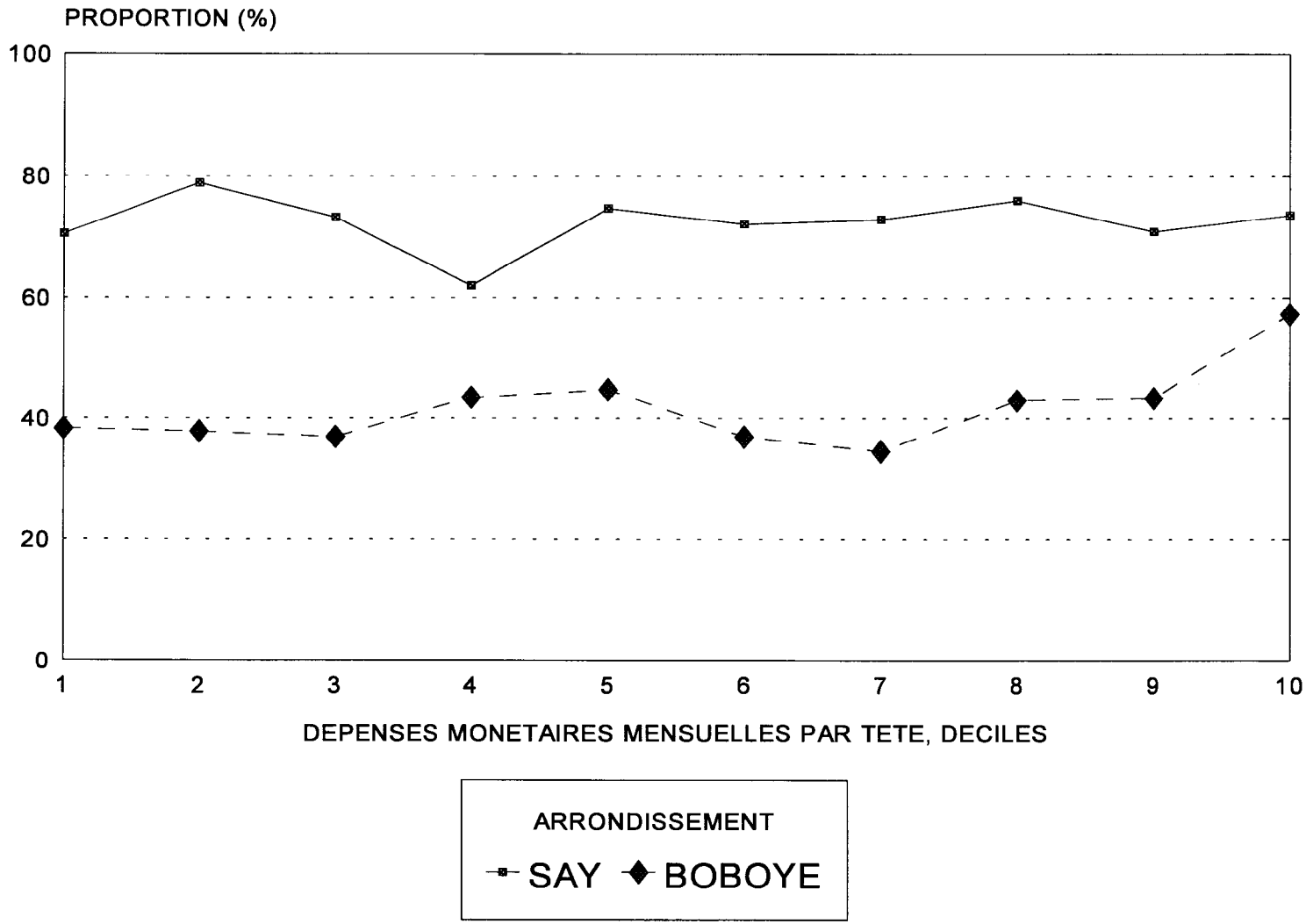
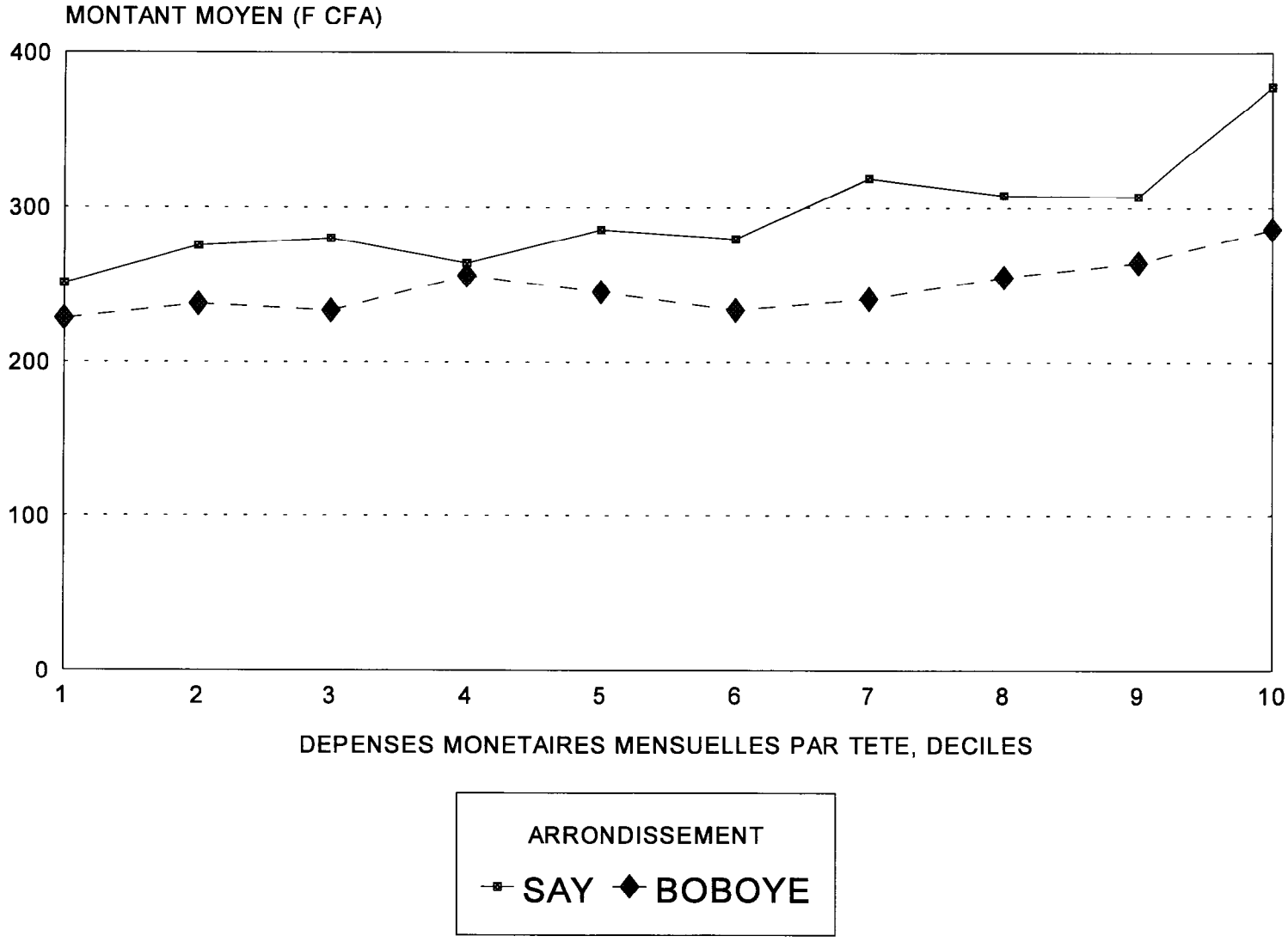


Figure 8.2d - MODE DE PAIEMENT INDIRECT
MOYENNES DES MONTANTS (F CFA) QUE LES INDIVIDUS DECLARENT ETRE PRETS A COTISER PAR AN PAR ARRONDISSEMENT: (INDIVIDUS AGES DE 15 ANS ET PLUS QUI PREFERENT LE PAIEMENT INDIRECT)



9.0 CONCLUSION

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est engagé depuis avril 1992 dans la mise en oeuvre des tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier. Dans ce cadre, le MSP est fort de l'assistance technique du Projet Financement et Pérennisation de la Santé (HFS), et du soutien financier de l'USAID et de la Banque Mondiale. Les tests pilotes ont démarré dans un environnement politique en pleine transition: le processus des tests pilotes a bénéficié de cet environnement transitionnel marquée par l'innovation du moins dans le domaine politique. Sur le plan économique, cependant, les tests pilotes sont mis en oeuvre dans un environnement fiscal assez sévère qui a contraint le système de santé à fonctionner à un niveau très en-dessous de ses capacités. Dans ce cadre, l'environnement de la prestation des soins dans les arrondissements de Boboye et de Say, mis en place à travers les interventions des tests pilotes, a été une exception comparé à la situation du système de santé dans l'ensemble du pays.

Les tests pilotes de recouvrement des coûts dans le secteur non-hospitalier sont structurés sur les formations sanitaires publiques. Les tests sont constitués de trois composantes structurelles principales: le renforcement des capacités des formations sanitaires par la formation du personnel soignant en stratégies plainte-traitement et la mise en place de stocks initiaux de médicaments essentiels génériques, le renforcement des capacites de gestion financière et de gestion des médicaments, et l'administration du paiement des soins dans les formations sanitaires publiques. Les deux premières composantes sont mises en oeuvre similairement dans les arrondissements test de Boboye et de Say. Dans le cadre du paiement des soins, un mode de paiement direct est administré dans l'arrondissement de Say, et un mode de paiement indirect est administré dans l'arrondissement de Boboye. L'arrondissement d'Illéla, où les interventions des tests pilotes ne sont pas mises en oeuvre à l'instar du reste du pays, est observé comme l'alternative de la politique actuelle, à savoir le statu quo.

Les instruments d'évaluation des tests pilotes sont constitués de deux composantes. La première composante comprend la réalisation de deux enquêtes auprès des ménages, une enquête de base réalisée en octobre-décembre 1992, avant le démarrage du recouvrement des coûts, et une enquête finale réalisée octobre-décembre 1993, un semestre après le démarrage. La deuxième composante inclut la collecte des données des formations sanitaires publiques afin de mesurer leurs activités, la consommation de médicaments, les recettes du recouvrement des coûts, et les coûts administratifs incrémentiels de l'introduction du recouvrement des coûts.

Les objectifs immédiats des enquêtes auprès des ménages sont : (i) de fournir des informations sur la fréquentation des formations sanitaires par les malades, (ii) de fournir des informations sur les dépenses effectuées pour les soins de santé, y compris les médicaments, les consultations et les examens, et les déplacements, et (iii) de recueillir des informations pour comparer le comportement de la demande des soins de santé des ménages et des individus sous les deux mécanismes de paiement des soins de santé à tester par le projet des tests pilotes de recouvrement des coûts. L'aire d'étude des enquêtes auprès des ménages comprend d'une part, les deux arrondissements où les modes de paiement dans le cadre du recouvrement des coûts sont entrain d'être testés, à savoir l'arrondissement de Boboye dans le département de Dosso et l'arrondissement de Say dans le département de Tillabéri, d'autre part l'arrondissement d'Illéla dans le département de Tahoua.

Dans l'enquête finale, 13.000 individus ont été enquêtés dans les trois arrondissements, contre 14.400 dans l'enquête de base. Dans l'enquête finale, 2.710 individus ont complété l'interview des soins curatifs parmi les 2.726 individus ayant déclaré avoir été malade durant les deux senes précédant l'interview; l'interview des soins curatifs a été complétée par 2.833 individus durant l'enquête de base. Par ailleurs, parmi les 4.050 individus présents âgés de 15 ans et plus des arrondissements de Boboye et de Say, 3.960 ont complété l'interview de paiement des soins dans le cadre de l'enquête finale.

Les objectifs du présent rapport sont : (i) de présenter les schémas d'utilisation des soins de santé six mois après le démarrage des paiements des soins et (ii) de comparer les comportements de la demande des soins avant et après le démarrage du recouvrement des coûts. A ce titre, le rapport est une composante de plusieurs analyses qui sont en cours de réalisation dans le cadre de l'évaluation des tests pilotes. Au niveau de

l'analyse du présent rapport, seule une analyse descriptive de la demande des soins curatifs a été présentée: les implications politiques des résultats des tests pilotes, cependant, seront basées sur les conclusions des analyses multivariées en cours de réalisation.

Les caractéristiques socio-démographiques et économiques des trois arrondissements sont relativement comparables. Du point de vue des caractéristiques démographiques des chefs de ménage, les ménages des trois arrondissements ne sont pas différents. Les ménages dans les trois arrondissements sont dirigés par des hommes aux âges élevés, malgré l'évidence d'une forte émigration de l'élément masculin. Cette situation est typique des trois arrondissements malgré la variation des stocks ethniques.

Du point de vue ethnique, les trois arrondissements ne sont pas comparables. La population de l'arrondissement de Boboye est essentiellement du stock Zarma; par ailleurs, l'arrondissement d'Illéla est habité par le groupe Hawsa. Par contre, la population de l'arrondissement de Say est constituée d'une mosaïque de groupes, où domine quantitativement l'élément Peulh au mode de vie pastoral.

La structure démographique de la population des trois arrondissements est typique d'une population à natalité élevée: plus de 50 pour cent de la population a moins de 15 ans. Cette jeunesse de la population est accentuée par un fossé d'hommes aux âges intermédiaires. La majorité de la population aux âges intermédiaires n'a pas fréquenté l'école moderne.

Les niveaux des dépenses monétaires mensuelles par tête des ménages sont assez comparables entre les trois arrondissements: cependant, les dépenses monétaires mensuelles par tête des ménages de l'arrondissement de Say sont légèrement supérieures aux dépenses par tête dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla. Par ailleurs, il apparait qu'au niveau de chaque arrondissement, il existe une forte hétérogénéité du point de vue de la disponibilité de liquidités entre les ménages ruraux.

A l'intérieur d'un même arrondissement, les mêmes caractéristiques socio-démographiques ont été observées dans l'enquête de base et l'enquête finale. Par ailleurs, les estimations de dépenses monétaires mensuelles par tête sont à peu près au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale au sein de chaque arrondissement.

La prévalence de l'auto-déclaration de la maladie est comparable entre les trois arrondissements où elle s'élève entre 20 et 25 pour cent. De même que les données de l'enquête de base, les données de l'enquête finale supportent que l'auto-déclaration de la maladie ne varie pas selon les variables socio-démographiques ou économiques autres que l'âge dans le cadre rural de l'aire d'étude. La variation de l'auto-déclaration de la maladie selon l'âge est cohérente avec les schémas démographiques de la morbidité.

La proportion de malades ayant déclaré avoir eu de la fièvre est relativement élevée dans les trois arrondissements. Par ailleurs, la prévalence de l'auto-déclaration de selles liquides est plus faible à Say comparé aux arrondissements de Boboye et d'Illèla. Il est remarquable que la prévalence de ces symptômes ne varie pas entre les groupes socio-démographiques et économiques à l'intérieur d'un même arrondissement, à l'exception des selles liquides qui sont plus prévalantes parmi les enfants de moins de cinq ans. Les données de l'enquête finale supporte la conclusion faite sur la base des données de l'enquête de base à savoir qu'il n'y a pas de variabilité importante entre les besoins des différents groupes socio-démographiques et économiques à l'intérieur des trois arrondissements. En d'autres termes, le gradient du niveau des besoins est beaucoup plus spatial et démographique, que social ou économique.

La propension à chercher des soins quelconques pour remédier à la maladie est assez élevée dans les trois arrondissements. Elle est significativement plus élevée dans les arrondissements test comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla. Le groupe Peulh s'individualise par une faible propension relative à chercher des soins quelconques. Dans les arrondissements d'Illéla et de Say, les malades résidant à proximité des formations sanitaires publiques ont une propension plus élevée à chercher des soins que leurs homologues résidant dans des villages éloignés des formation sanitaires. De même, les malades des groupes de revenus élevés ont une propension plus élevée de chercher des soins que les malades des groupes les plus pauvres dans les trois arrondissements. Comme il était attendu, la propension d'engager des soins s'accroît avec la gravité de la maladie.

L'analyse des données de l'enquête de base avait révélé que la majorité des populations des trois arrondissements avaient recours à des soins prodigués à la maison pour remédier à la maladie avant l'introduction du recouvrement des coûts. Les soins à la maison sont constitués essentiellement de l'utilisation de médicaments disponibles à la maison et de l'utilisation de médicaments achetés pour remédier à la maladie avant toute visite à un prescripteur en dehors de la maison. Les données des deux enquêtes supportent que l'utilisation de médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire publique est un phénomène très prévalent dans les trois arrondissements. La propension d'utiliser des médicaments à la maison ne varie pas selon les caractéristiques démographiques du malade. Cependant, elle est plus élevée dans les groupes de revenus les plus élevés et dans les villages les plus proches des formations sanitaires publiques avant le démarrage des tests pilotes. Ce schéma de variation s'est maintenu dans l'arrondissement contrôle d'Illèla après le démarrage des tests; il a tendu à disparaître dans les arrondissements de Boboye et de Say après le démarrage des tests. En effet, la propension d'utiliser des médicaments à la maison avant de visiter une formation sanitaire a atteint des niveaux comparables dans les différents groupes de revenus et les villages quelle que soit le temps pour se rendre à une formation sanitaire publique dans les arrondissements test.

Les deux enquêtes supportent que l'achat de médicaments pour remédier à la maladie avant de visiter une formation sanitaire publique est fréquent dans les trois arrondissements. La propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire ne varie pas selon les caractéristiques démographiques du malade. Cependant, elle est plus élevée dans les groupes de revenus les plus élevés dans les arrondissements de Boboye et d'Illéla, alors que des niveaux comparables sont observés dans tous les groupes de revenus dans l'arrondissement de Say.

La propension d'acheter des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté dans les arrondissements test de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla où elle est restée au même niveau avant et après le démarrage des tests. A l'intérieur des trois arrondissements, cependant, la propension d'acheter des médicaments a relativement baissé dans les villages sites des formations sanitaires publiques; par contre, hors des villages sites des formations sanitaires dans les arrondissements test, la prévalence de l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire a augmenté.

Les principales sources d'acquisition de médicaments en dehors des formations sanitaires publiques dans les trois arrondissements sont constituées par les pharmacies locales et les dépôts pharmaceutiques, les secouristes villageois, et le marché informel. Dans le cadre des soins à la maison, ce sont les sources d'achat de médicaments des malades avant de visiter une formation sanitaire publique, si visite il y a. La composante formelle de ce système local de distribution de médicaments a connu, cependant, des difficultés de ravitaillement en conséquence des ruptures de stock de médicaments essentiels qui ont prévalu durant l'année 1993 au niveau national. Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, la détérioration de la situation des pharmacies locales et des dépôts pharmaceutiques a été accentuée par la mise en place de stocks initiaux de médicaments dans les formations sanitaires publiques dans le cadre du projet des tests pilotes de recouvrement des coûts.

Entre l'enquête de base et l'enquête finale, la part de malades qui achètent les médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques a baissé de plus de moitié dans les trois arrondissements. La prévalence de cette baisse dans l'arrondissement contrôle d'Illéla supporte qu'elle n'est pas liée uniquement aux effets de l'introduction du recouvrement des coûts dans les arrondissements test. En effet, la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement contrôle d'Illéla a été occupée par le marché informel. De ce point de vue, l'arrondissement test de Say a connu une tendance comparable à celle de l'arrondissement contrôle d'Illéla. Par contre, dans l'arrondissement test de Boboye, la part de marché perdue par les dépôts pharmaceutiques de l'arrondissement a été gagnée par les secouristes villageois. L'accroissement de la part du marché informel comme source d'achat de médicaments avant la visite à une formation sanitaire donné dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, et à moindres degrés dans l'arrondissement tests de Say, a affecté invariablement les groupes socio-économiques quelques soient leur groupe de revenu d'appartenance et leur proximité vis à vis des formations sanitaires publiques.

Les données des enquêtes confirment les résultats observés sur la base des données des formations sanitaires. En moyenne, la proportion de malades qui utilisent les formations sanitaires publiques a progressé dans l'arrondissement de Boboye; dans l' arrondissement de Say, l'utilisation a légèrement baissé; et dans l'arrondissement d'Illéla, l'utilisation a baissé durant la période des tests. Dans l'arrondissement test de Say,

l'effet net de la plus grande disponibilité des médicaments et du paiement au niveau des formations sanitaires publiques a contrebalancé la tendance à la baisse qui a été observée dans l'arrondissement contrôle d'Illéla. La comparaison entre l'arrondissement de Boboye et l'arrondissement de Say suggère que le paiement direct de 200 CFA F à Say a constitué une barrière pour l'utilisation des formations sanitaires publiques pour certaines couches de la population.

La baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla a affecté invariablement les groupes démographiques. Dans l'arrondissement test de Say, les mêmes niveaux d'utilisation sont observés parmi les enfants et les femmes entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les femmes et les enfants de moins de cinq ans a progressé de 32 pour cent.

L'utilisation des formations sanitaires publiques est plus sensible par rapport au temps d'accès aux formations sanitaires comparée à la sensibilité de l'utilisation par rapport aux modes de paiement et tarifs administrés pour accéder aux soins. En effet, le schéma le plus marquant à travers les trois arrondissements est la baisse brutale de l'utilisation des formations sanitaires publiques au-delà d'une heure de marche des dites formations: le même schéma est reproduit dans l'enquête de base et dans l'enquête finale. Les différences observées sur les niveaux d'utilisation selon la proximité des formations sanitaires publiques à l'intérieur des trois arrondissements sont nettement plus importantes que les différences observées d'une part entre les trois arrondissements et d'autre part entre l'enquête de base et l'enquête finale au sein d'un arrondissement donné.

L'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla a baissé aux niveaux des populations résidant à proximité des formations sanitaires; au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée aux très faibles niveaux observés avant le démarrage des tests. Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant à moins d'une heure de marche a légèrement baissée d'un niveau élevé de 45 pour cent avant le démarrage du paiement des soins à 37 pour cent après le démarrage du paiement des soins. Parmi les malades résidant au-delà d'une heure de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation a légèrement augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale. Ces résultats suggèrent que le paiement des 200 FCFA au niveau des formations sanitaires publiques a amélioré l'efficience à la consommation des soins de santé parmi les résidents des villages-sites des formations sanitaires publiques. Par ailleurs, l'effet attractif de la plus grande disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires publiques a dominé l'effet de barrière du paiement pour les malades résidant dans les villages éloignés des formations sanitaires.

Dans l'arrondissement test de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant à moins d'une heure de marche a augmenté de 21 pour cent. Parmi les malades résidant entre 1 heure de marche et 3 heures de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation des formations sanitaires publiques a augmenté d'environ 42 pour cent. Au-delà de 3 heures de marche des formations sanitaires publiques, l'utilisation est restée faible aux niveaux observées avant le démarrage des tests. Il ne semble pas que le paiement du ticket de 50 FCFA à l'épisode dans le cadre du paiement indirect, administré dans l'arrondissement de Boboye, ait pu modérer l'utilisation des formations sanitaires publiques parmi les résidents des villages situés à proximité des formations sanitaires publiques. Malgré l'augmentation de l'utilisation des formations sanitaires publiques par les malades résidant au-delà d'une heure de marche des dites formations, le temps de marche aux formations sanitaires publiques opère un rationnement des soins de santé qui n'est pas favorable aux villages éloignés des formations sanitaires.

La baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla entre l'enquête de base et l'enquête finale a affecté invariablement tous les groupes de revenus. Dans l'arrondissement test de Say, l'utilisation des formations sanitaires publiques a baissé parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus aisés entre l'enquête de base et l'enquête finale; une baisse similaire est observée parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres. Par contre, dans les groupes de revenus intermédiaires, l'utilisation a nettement progressé entre les deux enquêtes. Dans l'arrondissement de Boboye, l'utilisation des formations sanitaires publiques est resté aux mêmes niveaux entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les malades appartenant aux groupes de revenus intermédiaires. Par contre, l'utilisation a nettement progressé parmi les maladies appartenant aux groupes de revenus les plus aisés entre les deux enquêtes. Parmi les malades appartenant aux 25 pour cent des ménages les plus pauvres, l'utilisation des formations sanitaires publiques a doublé entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Il n'y a pas eu de changement dans la continuité des soins dans l'arrondissement contrôle d'Illéla avant et après le démarrage des tests pilotes. Dans les arrondissements test de Boboye et de Say, la continuité de la prise en charge des patients par les formations sanitaires publiques a nettement progressé. L'évolution des perceptions des patients quant à la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires publiques et l'évolution de la prévalence de la prescription d'ordonnance sont cohérentes entre l'enquête de base et l'enquête finale. Contrairement à l'arrondissement contrôle d'Illéla, le personnel soignant des arrondissements test de Boboye et de Say a de moins en moins recours à la prescription d'ordonnance après le démarrage des tests. Il n'est pas étonnant que la prise en charge des patients et la continuité des soins soient nettement améliorées dans les arrondissements test de Boboye et de Say comparés à l'arrondissement contrôle d'Illéla.

Les données des enquêtes supportent qu'il y a une adhérence au système des paiements au niveau des arrondissements test de Boboye et de Say: plus de 70 pour cent des patients déclarent avoir effectué un paiement dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. Le paradoxe des paiements dans une cadre de gratuité des soins continue de prévaloir dans l'arrondissement contrôle d'Illéla: une proportion importante de patients des formations sanitaires publiques continuent de payer pour assurer leur traitement; 42 pour cent des patients déclarent avoir effectué un paiement quelconque pour leur traitement.

Durant les deux semaines précédant l'interview, la quasi-totalité des malades qui ont engagé des actions pour remédier à la maladie les ont entreprises soit dans le cadre des soins à la maison, soit en visitant une formation sanitaire publique: les événements de dépenses liées à la santé ont été générés par les soins à la maison et les visites aux formations sanitaires publiques. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les malades ont dépensé en moyenne 250 FCFA pour remédier à la maladie dans l'enquête finale; dans l'arrondissement test de Say, les malades ont dépensé en moyenne 210 FCFA; et dans l'arrondissement test de Boboye, 230 FCFA en moyenne. Le contraste le plus remarquable se situe au niveau de la structure des dépenses liées à la maladie entre l'arrondissement contrôle d'Illéla d'une part, et les deux arrondissements test d'autre part: dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses liées à l'utilisation des formations sanitaires publiques constituent 64 pour cent des dépenses liées à la maladie; par contre dans les arrondissements test, environ 70 pour cent des dépenses engagées pour remédier à la maladie ont été effectuées dans le cadre des soins à la maison, dont l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire.

Aux niveaux des trois arrondissements, les dépenses liées à la maladie ont baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Une bonne partie de cette baisse est liée à la réduction de la proportion des malades qui ont acheté des médicaments auprès d'une pharmacie avant de visiter une formation sanitaire dans les trois arrondissements: la baisse au niveau de l'arrondissement contrôle d'Illéla a été renforcée par la baisse de l'utilisation des formations sanitaires publiques. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse des dépenses liées à la maladie n'est observée que parmi les malades qui résident à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses liées à la maladie ont dramatiquement baissé dans les villages situés à moins d'une heure de marche des formations sanitaires publiques: les populations de ces villages ont été les premiers bénéficiaires de la mise en oeuvre des tests pilotes. Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses liées à la maladie n'ont baissé que parmi les villages situés à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques; au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques, les dépenses liées à la maladie sont restées au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale.

Au niveau de l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse des dépenses liées à la maladie a affecté invariablement tous les groupes de revenus. Par contre, dans les arrondissements test de Boboye et de Say, la baisse des dépenses liées à la maladie n'est observée que parmi les malades appartenant aux 50 pour cent des ménages les plus aisés.

Les dépenses engagées durant les deux semaines précédant l'interview par les patients des formations sanitaires publiques ont connu des évolutions variables entre les trois arrondissements. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques sont restées presqu'au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale: en effet, durant les deux semaines précédant l'interview, elles s'élevaient respectivement à 1.700 FCFA et à 1.800 FCFA. Dans l'arrondissement test de Say, les dépenses engagées par les patients des formations sanitaires publiques durant les deux senes précédant l'interview ont baissé de 1040 FCFA dans l'enquête de base à 610 FCFA dans l'enquête finale: soit une baisse

de 41 pour cent. Dans l'arrondissement test de Boboye, les dépenses ont baissé de 1.030 FCFA dans l'enquête de base à 540 dans l'enquête finale: soit une baisse de 48 pour cent.

Dans les trois arrondissements, les dépenses des patients résidant à moins de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques ont baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, la baisse est liée essentiellement à la réduction des dépenses en médicaments auprès des dépôts pharmaceutiques avant toute visite à une formation sanitaire; en effet, les dépenses liées au traitement aux niveaux des formations sanitaires ont augmenté entre les deux périodes. Dans les deux arrondissements test de Say et de Boboye, la baisse est liée à la chute des dépenses liées aux soins dans les formations sanitaires. La baisse a été relativement accentuée dans l'arrondissement test de Boboye par la réduction des dépenses en médicaments avant la visite à une formation sanitaire; par ailleurs, les dites dépenses sont restées au même niveau dans l'arrondissement test de Say.

Les dépenses liées à la maladie ont augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients résidant au-delà de 2 heures de marche des formations sanitaires publiques dans l'arrondissement contrôle d'Illéla; par ailleurs, elles ont baissé dans les arrondissements test de Say et de Boboye. De même que parmi les villages proches des formations sanitaires, la baisse dans les villages éloignés a été relativement accentuée dans l'arrondissement test de Boboye par la réduction des dépenses en médicaments avant la visite à une formation sanitaire, comparé à l'arrondissement test de Say où elles sont resté au même niveau.

Ces résultats variables entre l'arrondissement test de Say et l'arrondissement test de Boboye suggèrent que l'achat des médicaments avant de visiter une formation sanitaire est très sensible aux niveaux de tarifs qui sont administrés dans les formations sanitaires publiques. Les prix des médicaments dans le marché informel étant relativement faibles, en conséquence de la flexibilité du conditionnement et des coûts d'acquisition, plus le tarif administré au niveau des formations sanitaires est élevé, moins il affecte la propension d'acheter des médicaments au marché.

Dans l'arrondissement contrôle d'Illéla, les dépenses engagées dans le cadre des soins à la maison par les patients des formations sanitaires publiques ont baissé parmi les groupes de revenus faibles et les groupes de revenus élevés. Cependant, alors que les dépenses engagées dans le cadre des soins auprès des formations sanitaires publiques n'ont augmenté que de 38 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les patients provenant des menages les plus pauvres, elles ont augmenté de plus de 100 pour cent parmi les patients provenant des menages les plus aisés. Dans l'arrondissement test de Say, la baisse des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques n'est observée que parmi les patients provenant des ménages les plus aisés: les dépenses engagés par les patients provenant des ménages les plus pauvres ont augmenté de 82 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; à l'autre extrême, les dépenses engagés par les patients provenant des ménages les plus aisés ont baissé de 44 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale. Cette baisse est due essentiellement à la réduction des dépenses de traitement auprès des formations sanitaires publiques qui ont baissé en moyenne de 70 pour cent. Dans l'arrondissement test de Boboye, la baisse des dépenses liées à la maladie parmi les patients des formations sanitaires publiques est observée à travers tous les groupes de revenus. Parmi les patients des groupes de revenus les plus faibles, les dépenses ont baissé de 64 pour cent entre l'enquête de base et l'enquête finale; parmi les patients des groupes de revenus les plus aisés, les dépenses ont baissé de 42 pour cent.

L'incidence des dépenses liées à la maladie dans les dépenses monétaires mensuelles des ménages est restée approximativement au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les ménages de l'arrondissement contrôle d'Illéla. Dans l'arrondissement test de Say, où est administré le paiement direct, l'incidence des dépenses liées à la maladie est restée au même niveau entre l'enquête de base et l'enquête finale parmi les 40 pour cent des ménages les plus pauvres; parmi les groupes de revenus intermédiaires, l'incidence des dépenses liées à la maladie a augmenté entre l'enquête de base et l'enquête finale; enfin, parmi les 30 pour cent des ménages les plus aisés, l'incidence des dépenses liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale. Dans l'arrondissement test de Boboye, où est administré le paiement indirect, l'incidence des paiements directs liées à la maladie a baissé entre l'enquête de base et l'enquête finale à l'exception des 20 pour cent des ménages les plus pauvres. Il est remarquable que dans l'arrondissement test de Boboye, l'incidence du paiement de la taxe par tous les individus âgés de 18 ans et plus est d'autant plus élevée plus le ménage est pauvre. Ce dernier résultat met à jour la question de l'exemption des pauvres dans le cadre de la majoration de la taxe d'arrondissement pour financer les médicaments au niveau local.

Sur la base des déclarations des individus âgés de 15 ans et plus dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say, la volonté de payer aux niveaux des formations sanitaires publiques pour garantir la disponibilité des médicaments dans les dites formations sanitaires est très élevée. La proportion des individus âgés de 15 ans et plus qui déclarent être prêts à toujours payer pour garantir la disponibilité des médicaments au niveau des formations sanitaires s'élève à environ 90 pour cent dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. Dans l'arrondissement test de Say, environ 66 pour cent des individus âgés de 15 ans et plus déclarent être prêts à payer plus que le tarif actuel de 200 FCFA par épisode. Dans l'arrondissement test de Boboye, environ 62 pour cent des individus âgés de 15 ans et plus déclarent être prêts à payer plus que le montant actuel du ticket modérateur de 50 FCFA par épisode. Les niveaux respectifs des montants que les individus déclarent être prêts à payer dans les deux arrondissements, cependant, supportent que la modification des tarifs ferait face à plus de flexibilité au niveau du ticket modérateur dans le système du paiement indirect administré dans l'arrondissement de Boboye comparé au système de paiement direct appliqué dans l'arrondissement de Say.

Dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say, la quasi-totalité des individus âgés de 15 ans et plus déclarent préférer le mode de paiement indirect au mode de paiement direct: environ 84 pour cent des répondants déclarent préférer le mode de paiement indirect contre 6 à 8 pour cent qui préfèrent le mode de paiement direct dans les deux arrondissements test de Boboye et de Say. A l'intérieur de chaque arrondissement, ce schéma de préférences vis à vis des modes de paiement varie très peu entre les différents groupes socio-démographiques et économiques. Les raisons données par les répondants pour la non-préférence du mode de paiement direct d'une part, et la préférence du mode de paiement indirect d'autre part, sont cohérentes avec le calcul économique dans un environnement rural où la morbidité est élevée, et où les niveaux de revenus monétaires des ménages sont faibles et les contraintes de liquidités varient avec les saisons. La majorité des répondants des deux arrondissements déclarent ne pas préfèrer le mode de paiement direct soit parce qu'ils manquent de moyens, soit parce qu'ils trouvent difficile d'avoir 200 FCFA à chaque maladie. Par ailleurs, ils préfèrent le mode de paiement indirect parce qu'ils trouvent qu'il coûte moins cher ou parce qu'ils jugent qu'il leur ait facile d'avoir 200 FCFA par an.

Les attitudes des répondants par rapport au montant de la cotisation annuelle sont plus sensibles à l'environnement du paiement des soins dont ils ont fait l'expérience qu'à la variation des caractéristiques socio-démographiques et économiques des individus et de leur ménage d'appartenance. Les proportions de répondants qui déclarent être prêts à cotiser plus de 200 FCFA par an sont plus élevées dans l'arrondissement test de Say, où les patients payent 200 FCFA par épisode, comparé à l'arrondissement test de Boboye où est administré le mode de paiement indirect.

ANNEXES

ANNEXE 1: QUESTIONNAIRE PAIEMENT DES SOINS

ENQUETES MENAGE
SUR
LA DEMANDE DES SOINS DE SANTE
QUESTIONNAIRE PAIEMENT DES SOINS

T 2 TT 5 T
.))) - .))) -
AEN ATYPE

IDENTIFICATION

IDENT1 ARRONDISSEMENT: _____

IDENT2 CANTON : _____

IDENT3 ZONE DE DENOMBREMENT:

IDENT4 VILLAGE : _____

IDENT5 MENAGE :

CM CHEF DE MENAGE: _____

PREP NOM DU REPONDANT:_____

IDENT6 NUMERO D'ORDRE DU REPONDANT

DOCUMENTATION

DOCUM7 DATE DE L'INTERVIEW:
JOUR MOIS AN

DOCUM8 NOM DE L'ENQUETEUR: _____

DOCUM9 CHEF D'EQUIPE-OBSERVATION: _____

_____

_____

SAISIE

SAISI5 DATE DE SAISIE:
JOUR MOIS AN

SAISI6 AGENT DE SAISIE: _____

X X T X X

T X T X

9444=444N4444=4444=4444N444=4444N4448

IDENT1 IDENT3 IDENT4 IDENT5 IDENT6

No QUESTION	QUESTIONS\INSTRUCTIONS	REPONSES	PASSEZ A	CODES
801	Etes-vous tombé malade durant les trois derniers mois?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	805	+)))) , * * .)))) –
802	Combien de fois êtes-vous tombé malade durant les trois derniers mois? _____ __	99. NON DECLARE		+))))))))) , * * * .)))) 2)))) –
803	Avez-vous gardé le lit à cause de la maladie durant les trois derniers mois?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	805	+))))) , * * * .)))) –
804	Combien de jours avez-vous gardé le lit à cause de la maladie durant les trois derniers mois? _____ ___	99. NON DECLARE		+))))))))) , * * * .)))) 2)))) –
805	Avez-vous des enfants âgés de moins de quinze ans?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	815	+))))) , * * * .)))) –
806	Combien d'enfants âgés de moins de quinze ans avez-vous? _____ ___	99. NON DECLARE		+))))))))) , * * * .)))) 2)))) –
807	ENQUETEUR: LE REPONDANT EST-IL UN HOMME OU UNE FEMME?	1. HOMME----------> 2. FEMME	815	+)))) , * * .)))) –

ENQUETEUR: COMMENCEZ A REMPLIR LE TABLEAU EN DEMANDANT A LA FEMME: Quel est le nom de votre dernier enfant? POUR LES LIGNES SUIVANTES, DEMANDEZ A LA FEMME: Quel est le nom du grand frère, ou de la grande soeur, qui vient juste avant...NOM DE L'ENFANT DE LA LIGNE PRECEDENTE...?

No LIGNE	NOM DE L'ENFANT	Quel est l'âge de ...NOM DE L'ENFANT... ?	...NOM DE L'ENFANT... est-t-il tombé malade durant les trois derniers mois?	Combien de fois ...NOM DE L'ENAFNT...est-il tombé malade durant les trois derniers mois?	...NOM DE L'ENFANT... a-t-il gardé le lit à cause de la maladie durant les trois derniers mois?	Combien de jours...NOM DE L'ENFANT... a-t-il gardé le lit à cause de la maladie durant les trois derniers mois?
808	809	810	811	812	813	814
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
		SI AGE EGAL OU SUPERIEUR A 15 ANS PASSEZ A LA QUESTION 815	1. OUI 2. NON (PASSEZ A LA LIGNE SUIVANTE)	99.NON DECLARE	1. OUI 2. NON (PASSEZ A LA LIGNE SUIVANTE)	99.NON DECLARE

9444=444N4444=4444=4444N444=4444N4448
IDENT1 IDENT3 IDENT4 IDENT5 IDENT6

No QUESTION	QUESTIONS\INSTRUCTIONS	REPONSES	PASSEZ A	CODES
815	Avez-vous visité une formation sanitaire publique pour vous soigner durant les trois derniers mois?	1. OUI----------> 2. NON 9. NON DECLARE	817	+)))) , * * .)))) -
816	Avez-vous amené, ou accompagné, un membre de votre ménage, tel que votre enfant, dans une formation sanitaire publique pour se soigner durant les trois derniers mois?	1. OUI, MON ENFANT 2. OUI, AUTRE MEMBRE DU MENAGE 3. NON----------> 9. NON DECLARE	829	+)))) , * * .)))) -
817	Quel type de formation sanitaire publique avez-vous visitée la dernière fois pour vous soigner ou pour soigner vos enfants durant les trois derniers mois?	1. HOPITAL 2. CENTRE MEDICAL 3. POSTE MEDICAL 4. DISPENSAIRE RURAL 5. PMI 6. MATERNITE 7. AUTRE (PRESICEZ) 9. NON DECLARE		+)))) , * * .)))) -
818	Combien de fois avez-vous visité une formation sanitaire publique durant les trois derniers mois?	___ ___99. NON DECLARE		+)))) O)))) , * * * .)))) 2)))) -
819	Combien de temps ça vous prend pour aller à pied de votre domicile à la formation sanitaire publique que vous avez visitée la dernière fois durant les trois derniers mois?	1. MINUTE 2. HEURE 9. NON DECLARE ---------- 99. NON DECLARE		1. MN +)))) , 2. HH * * .)))) - NBRE +))) O)))) UNITES * * * .)))) 2))))
820	Combien de temps avez-vous attendu dans la formation sanitaire que vous avez visitée avant de voir un infirmier ou un medecin durant votre dernière visite?	1. MINUTE 2. HEURE 9. NON DECLARE ___ ___99. NON DECLARE		1. MN +)))) , 2. HH * * .)))) - NBRE +)))) O)))) UNITES * * * .)))) 2))))
821	Avez-vous payé de l'argent à la formation sanitaire publique pour recevoir les soins durant les trois derniers mois?	1. OUI, TOUJOURS 2. OUI, PARFOIS 3. NON---------->	823	+)))) , * * .)))) -
822	Combien avez-vous payé la dernière fois?	___ ___ ___ 9999. NON DECLARE	824	+)))) O)))) O))) * * * * .)))) 2)))) 2)))
823	Pourquoi n'avez-vous pas payé à la formation sanitaire publique pour recevoir les soins durant les trois derniers mois?	1. HANDICAPE 2. ELEVE 3. PAS D'ARGENT 4. AUTRE (PRECISEZ) 9. NON DECLARE		+)))) , * * .)))) -
824	Vous a-t-on prescrit une ordonnance à la formation sanitaire durant les trois derniers mois?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	828	+)))) , * * .)))) -
825	Combien de fois vous a-t-on prescrit une ordonnance durant les trois derniers mois?	___ ___99. NON DECLARE		+)))) O)))) , * * * .)))) 2)))) -
826	Avez-vous acheté une de ces ordonnances?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	828	+)))) , * * .)))) -
827	Combien avez-vous dépensé dans l'achat d'ordonnance pour vous soigner, ou soigner votre enfant, durant les trois derniers mois?	___ ___99999. NON DECLARE		+)))) O)))) O)))) , * * * * * * .)))) 2)))) 2)))) -
828	Depuis que les malades ont commencé à payer pour recevoir les soins dans la formation sanitaire publique que vous avez visitée la dernière fois, les médicaments sont-ils rarement disponibles, disponibles parfois, toujours disponibles durant les trois derniers mois?	1. RAREMENT 2. PARFOIS 3. TOUJOURS 9. NON DECLARE		+)))) , * * .)))) -

No QUESTION	QUESTIONS\INSTRUCTIONS	REPONSES	PASSEZ A	CODES
829	L'argent que payent les malades pour recevoir les soins à la formation sanitaire est utilisé pour acheter les médicaments; êtes-vous prêt à toujours payer pour que les médicaments soient toujours disponibles?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	832	
830	Ce que les malades payent actuellement au niveau de la formation sanitaire est insuffisant pour assurer que les médicaments soient toujours disponibles; êtes-vous prêt à payer plus que le tarif actuel pour que les médicaments soient toujours disponibles à la formation sanitaire?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	832	
831	Combien êtes-vous prêt à payer au niveau de la formation sanitaire publique pour être sûr que les médicaments sont toujours disponibles au niveau de la formation sanitaire?	_____ ___9999. NON DECLARE		
832	On demande aux adultes de votre arrondissement de choisir entre les deux moyens de paiement suivants pour assurer que les médicaments soient disponibles au niveau du dispensaire le plus proche de vous: Le premier moyen: On demande à chaque adulte de cotiser 200 FCFA une fois par an et en plus on demande à payer 50 FCFA au niveau du dispensaire chaque fois que l'on tombe malade; Le deuxième moyen: On demande de payer 200 FCFA au niveau du dispensaire chaque fois que l'on tombe malade. Lequel des deux moyens de paiement préférez-vous?	1. LE PREMIER 2. LE DEUXIEME----> 3. NE SAIT PAS----> 9. NON DECLARE---->	837 FIN FIN	
833	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne préférez pas payer 200 FCFA chaque fois que vous tombez malade? ENQUETEUR: INSCRIVEZ LA PREMIERE RAISON DONNEE PAR LE REPONDANT	_____ NON DECLARE		
834	Quelle est la raison principale pour laquelle vous préférez la cotisation annuelle de 200 FCFA? ENQUETEUR: INSCRIVEZ LA PREMIERE RAISON DONNEE PAR LE REPONDANT	_____ NON DECLARE		
835	Etes-vous prêt à cotiser plus de 200 FCFA une fois par an afin que les médicaments soient toujours disponibles au niveau du dispensaire?	1. OUI 2. NON---------->	FIN	
836	Combien êtes-vous prêt à cotiser par an afin que les médicaments soient toujours disponibles au niveau du dispensaire?	_____ 9999. NON DECLARE	FIN	
837	Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne préférez pas la cotisation annuelle de 200 FCFA? ENQUETEUR: INSCRIVEZ LA PREMIERE RAISON DONNEE PAR LE REPONDANT	_____ NON DECLARE		
838	Quelle est la raison principale pour laquelle vous préférez payer 200 FCFA chaque fois que vous tombez malade? ENQUETEUR: INSCRIVEZ LA PREMIERE RAISON DONNEE PAR LE REPONDANT	_____ NON DECLARE		

9444=444N4444=4444=4444N444=4444N4448
IDENT1 IDENT3 IDENT4 IDENT5 IDENT6

No QUESTION	QUESTIONS\INSTRUCTIONS	REPONSES	PASSEZ A	CODES
839	Etes-vous prêt à payer plus de 200 FCFA au dispensaire chaque fois que vous tombez malade pour que les médicaments soient toujours disponibles au niveau du dispensaire?	1. OUI 2. NON----------> 9. NON DECLARE	FIN	+)))) , * * .)))) –
840	Combien êtes-vous prêt à payer au dispensaire chaque fois que vous tombez malade pour que les médicaments soient toujours disponibles au niveau du dispensaire?	_____ ___9999. NON DECLARE		+)))) 0)))) 0))) * * * * * .)))) 2)))) 2)))

FIN DE L'INTERVIEW

ANNEXE 2: ENQUETE DE BASE - TABLEAUX SUPPLEMENTAIRES

TABLEAU A04
DISTRIBUTION DES MENAGES SELON LES CARACTERISTIQUES
SOCIO-ECONOMIQUES DU MENAGE PAR ARRONDISSEMENT
MENAGES ENQUETES
ARRONDISSEMENTS DE SAY, BOBOYE, ET ILLELA

	ARRONDISSEMENT		
	SAY-DIRECT	BOBOYE-INDIRECT	ILLELA-CONTROLE
Taille du ménage			
< 5	22.9%	12.0%	28.3%
5-7	34.4%	28.1%	39.2%
8-11	24.6%	37.2%	23.6%
12 et +	18.0%	22.8%	8.9%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%
Moyenne	8	9	7
Dépenses monétaires mensuelles par tête (fcfa)			
Q(25)	583	508	625
MEDIANE	1200	964	1092
Q(75)	2207	2028	2039
MOYENNE	2038	1697	1772
Matériaux de construction-résidence			
DUR-SEMI DUR	2.2%	2.8%	.2%
BANCO	47.6%	67.6%	99.0%
PAILLE et autres	50.3%	29.6%	.8%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%
Nombre de ménages	601	609	610

TESTS PILOTES DE RECOUVREMENT DES COUTS
ENQUETE DE BASE, OCTOBRE-DECEMBRE, 1992
HFS\NIGER94\TABA04

Tableau A13a
SOINS A LA MAISON:
Proportion d'Individus Ayant Declaré Avoir Utilisé des Médicaments
à la Maison Avant Toute Visite à une Formation Sanitaire Donnée
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview selon Quelques
Caractéristiques Socio-démographiques par Arrondissement:
(Malades Enquêtés)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades
Age en annees						
0-4	54.9	144	69.5	298	59.0	234
5-14	58.3	163	64.3	370	60.1	218
15-44	55.7	201	68.5	406	59.6	292
45 +	64.3	129	69.8	232	64.3	143
Sexe						
Masculin	59.1	337	67.5	581	66.0	412
Feminin	56.5	300	68.0	725	55.4	475
Groupe Ethnique						
ZARMA	68.2	148	72.3	1018	66.7	3
HAWSA	71.1	45	75.8	62	62.4	740
PEULH	47.3	300	39.5	185	45.8	24
AUTRES	64.8	145	65.2	46	51.2	123
Strate						
Avec FSP	75.2	109	72.8	213	66.2	145
Sans FSP	54.4	528	66.8	1093	59.2	742
ENSEMBLE	57.8	638	67.6	1311	60.4	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA13a

Tableau A13b
SOINS A LA MAISON:
Proportion d'Individus Ayant Declaré Avoir Utilisé des Médicaments
à la Maison Avant Toute Visite à une Formation Sanitaire Donnée
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview selon Quelques
Caractéristiques Economiques du Ménage par Arrondissement:
(Malades Enquêtés)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades	A UTILISE DES MEDICAMENTS A LA MAISON	Nombre de Malades
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
<1 heure	69.2	120	67.0	324	65.2	233
[1, 2)	63.2	163	68.8	349	40.6	64
[2, 3)	59.5	121	68.4	313	65.2	181
3 et plus	47.4	234	66.2	325	58.7	412
Groupes de Revenus						
Faible	48.5	136	53.5	275	52.9	227
Faible-Moyen	56.2	146	61.8	317	60.4	222
Moyen-Elevé	57.1	168	70.0	353	57.2	222
Elevé	66.5	188	80.9	366	71.7	219
ENSEMBLE	57.8	638	67.6	1311	60.4	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA13b

Tableau A14a
SOINS A LA MAISON:
Proportion d'Individus Ayant Declaré Avoir Acheté des Médicaments
Avant Toute Visite à une Formation Sanitaire Donnée
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview selon Quelques
Caractéristiques Socio-démographiques par Arrondissement:
(Malades Enquêtés)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades
Age en annees						
0-4	29.2	144	44.3	298	32.1	234
5-14	33.8	163	44.9	370	31.7	218
15-44	29.4	201	40.4	406	36.0	292
45 +	36.4	129	40.5	232	35.0	143
Sexe						
Masculin	32.1	337	41.3	581	35.9	412
Feminin	31.4	300	43.6	725	31.8	475
Groupe Ethnique						
ZARMA	37.2	148	45.3	1018	33.3	3
HAWSA	44.6	45	46.8	62	35.3	740
PEULH	26.3	300	23.8	185	41.7	24
AUTRES	33.8	145	47.8	46	23.6	123
Strate						
Avec FSP	42.2	109	51.6	213	41.4	145
Sans FSP	29.8	528	40.8	1093	32.2	742
ENSEMBLE	31.8	638	42.4	1311	33.8	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA14a

Tableau A14b
SOINS A LA MAISON:
Proportion d'Individus Ayant Declaré Avoir Acheté des Médicaments
Avant Toute Visite à une Formation Sanitaire Donnée
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview selon Quelques
Caractéristiques Economiques du Ménage par Arrondissement:
(Malades Enquêtés)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades	ACHAT DE MEDICAMENTS SOINS A LA MAISON	Nombre de Malades
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
<1 heure	37.5	120	44.8	324	39.1	233
[1, 2)	30.1	163	41.5	349	14.1	64
[2, 3)	39.7	121	41.2	313	41.4	181
3 et plus	26.1	234	42.2	325	30.6	412
Groupes de Revenus						
Faible	36.8	136	30.2	275	26.4	227
Faible-Moyen	30.1	146	40.1	317	33.8	222
Moyen-Elevé	24.4	168	43.6	353	32.9	222
Elevé	36.2	188	52.5	366	42.5	219
ENSEMBLE	31.8	638	42.4	1311	33.8	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA14b

Tableau A15
SOINS A LA MAISON:
Distribution des Malades Ayant Acheté des Médicaments
Avant Toute Visite à une Formation Sanitaire Donnée
selon la Source d'Approvisionnement et Quelques
Caractéristiques Economiques du Ménage par Arrondissement:
(Malades Ayant Acheté des Médicaments Avant de Visiter une FS)

	SOURCE D'ACHAT DES MEDICAMENTS - SOINS A LA MAISON				
Arrondissement	PHARMACIE	SECOURISTE	AU MARCHE	TOTAL	Nombre d'Individus
SAY					
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche					
< 2 heures	37.2	36.2	26.6	100.0	94
2 heures +	17.4	53.2	29.4	100.0	109
Groupe de Revenus					
Faible	7.4	67.0	25.5	100.0	94
Elevé	43.1	26.6	30.3	100.0	109
ENSEMBLE - SAY	26.6	45.3	28.1	100.0	203
BOBOYE					
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche					
< 2 heures	41.7	14.5	43.8	100.0	290
2 heures +	9.8	38.0	52.3	100.0	266
Groupe de Revenus					
Faible	13.8	26.2	60.0	100.0	210
Elevé	34.1	25.4	40.5	100.0	346
ENSEMBLE - BOBOYE	26.4	25.7	47.8	100.0	556
ILLELA					
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche					
< 2 heures	54.0	2.0	44.0	100.0	100
2 heures +	9.5	27.9	62.7	100.0	201
Groupe de Revenus					
Faible	14.8	20.0	65.2	100.0	135
Elevé	31.9	18.7	49.4	100.0	166
ENSEMBLE - ILLELA	24.3	19.3	56.5	100.0	301

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA15

Tableau A18

FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE

Distribution des Malades Ayant Visité une Formation Sanitaire Publique selon le Nombre de Visites durant les Deux Semaines Précédant l'Interview par Arrondissement

	Arrondissement		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
1 Visite	45.7	52.7	52.7
2 Visites	21.0	24.6	20.9
3 Visites	14.8	5.9	9.9
4 Visites +	18.5	16.7	16.5
Total	100.0	100.0	100.0
Nombre Moyen de Visites Formation Publique	2.3	2.2	2.2
Nombre de Malades	81	203	91

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA21

Tableau A19
FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
Distribution des Malades Ayant Visité une Formation Sanitaire Publique selon le Perception de la Disponibilité des Médicament dans la Formation Sanitaire Publique Visitée par Arrondissement

	Arrondissement		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Rarement	33.3	38.4	22.0
Parfois	43.2	50.7	44.0
Toujours	23.5	10.8	34.1
Total	100.0	100.0	100.0
Nombre de Malades	81	203	91

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA19

Tableau A20
FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
Proportion de Malades Ayant Eté Prescrit une Ordonnance
Parmi les Malades Ayant Visité une Formation Sanitaire Publique
selon Quelques Caractéristiques Economiques et par Arrondissement

	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Ordonnance	Nombre de Malades	Ordonnance	Nombre de Malades	Ordonnance	Nombre de Malades
Temps FSP						
< 2 heures	50.8	63	65.2	161	60.6	71
2 heures +	55.6	18	76.2	42	70.0	20
Groupe de Revenus						
Faible	37.5	16	60.7	56	56.7	30
Elevé	55.4	65	70.1	147	65.6	61
ENSEMBLE	51.9	81	67.5	203	62.6	91

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA20

Tableau A21
FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE
Proportion de Malades Ayant Payé pour les Soins Reçus
Parmi les Malades Ayant Visité une Formation Sanitaire Publique
selon Quelques Caractéristiques Economiques et par Arrondissement

	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Paiement Soins FSP	Nombre de Malades	Paiement Soins FSP	Nombre de Malades	Paiement Soins FSP	Nombre de Malades
Temps FSP						
< 2 heures	38.1	63	.6	161	31.0	71
2 heures +	33.3	18	11.9	42	45.0	20
Groupe de Revenus						
Faible	18.8	16		56	30.0	30
Elevé	41.5	65	4.1	147	36.1	61
ENSEMBLE	37.0	81	3.0	203	34.1	91

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre, 1992
HFS\NIGER94\TABA21

Tableau A22

DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: TOUS SOINS
Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview
selon le Type de Dépenses par Arrondissement
(Malades Enquêtes)
Arrondissements de Aay, Boboye, et Illéla

	Arrondissement		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Dépenses Soins à la Maison	176	204	185
dont Médicaments	134	188	144
Dépenses Première FS Choisie	105	85	119
Autres Dépenses	23	12	14
Dépenses Liées à la Maladie - Total	304	300	318
Nombre de malades	638	1311	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA22

Tableau A23a

DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: TOUS SOINS

Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie durant les Deux Semaines Précédant l'Interview selon Quelques Caractéristiques Socio-démographiques par Arrondissement

(Malades Enquêtes)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Dépenses Liées à la Maladie (F CFA)	Nombre de malades	Dépenses Liées à la Maladie (F FCA)	Nombre de malades	Dépenses Liées à la Maladie (F CFA)	Nombre de malades
Age en années						
0-4	144	144	223	298	166	234
5-14	132	163	188	370	241	218
15-44	508	201	363	406	345	292
45 +	383	129	472	232	604	143
Sexe						
Masculin	219	337	323	581	358	412
Feminin	401	300	283	725	276	475
Strate						
Avec FSP	568	109	589	213	592	145
Sans FSP	250	528	245	1093	260	742
Ensemble	304	638	300	1311	318	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA23a

Tableau A23b
DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: TOUS SOINS
Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview
selon Quelques Caractéristiques Economiques par Arrondissement
(Malades Enquêtes)

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Dépenses Liées à la Maladie (F CFA)	Nombre de malades	Dépenses Liées à la Maladie (F FCA)	Nombre de malades	Dépenses Liées à la Maladie (F CFA)	Nombre de malades
Temps de marche à la formation sanitaire publique la plus proche						
<1 heure	477	120	471	324	513	233
[1, 2)	185	163	232	349	237	64
[2, 3)	505	121	208	313	294	181
3 et plus	194	234	291	325	230	412
Groupes de Revenus						
Faible	56	136	52	275	60	227
Faible-Moyen	171	146	120	317	154	222
Moyen-Elevé	284	168	241	353	255	222
Elevé	604	188	699	366	814	219
Ensemble	304	638	300	1311	318	890

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA23b

Tableau A24

DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: SOINS FORMATION PUBLIQUE

Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview
selon le Type de Dépenses par Arrondissement
(Malades Ayant Utilisé une Formation Sanitaire Publique)
Arrondissements de Aay, Boboye, et Illéla

	Arrondissement		
	SAY	BOBOYE	ILLELA
Dépenses Soins à la Maison	330	635	767
Dépenses Première FS Choisie	650	324	825
dont:			
- Déplacements	70	158	310
- Logement & Nouriture	96	92	102
- Traitement	484	75	413
Autres Dépenses	56	75	123
Dépenses Liées à la Maladie - Total	1036	1034	1715
Nombre de malades	81	203	91

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA24

Tableau A25

DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: SOINS FORMATION PUBLIQUE

Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview
selon le Type de Dépenses par Arrondissement
(Malades Ayant Utilisé une Formation Sanitaire Publique)
Arrondissements de Say, Boboye, et Illéla

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Temps FSP		Temps FSP		Temps FSP	
	< 2 heures	2 heures +	< 2 heures	2 heures +	< 2 heures	2 heures +
Dépenses Soins à la Maison	273	533	604	753	712	962
Dépenses Première FS Choisie	531	1065	209	767	490	2011
dont:						
- Déplacements	28	217	99	381	135	930
- Logement & Nouriture	10	400	32	319	97	120
- Traitement	494	449	78	67	258	961
Autres Dépenses	32	142	63	120	144	50
Dépenses Liées à la Maladie - Total	835	1739	876	1640	1346	3023
Nombre de malades	63	18	161	42	71	20

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de Base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA25

Tableau A26

DEPENSES MONETAIRES LIEES A LA MALADIE: SOINS FORMATION PUBLIQUE

Moyenne des Dépenses Monétaires Liées à la Maladie
durant les Deux Semaines Précédant l'Interview
selon le Type de Dépenses par Arrondissement
(Malades Ayant Utilisé une Formation Sanitaire Publique)
Arrondissements de Say, Boboye, et Illéla

	Arrondissement					
	SAY		BOBOYE		ILLELA	
	Groupe de Revenus		Groupe de Revenus		Groupe de Revenus	
	Faible	Elevé	Faible	Elevé	Faible	Elevé
Dépenses Soins à la Maison	61	397	290	766	330	982
Dépenses Première FS Choisie	169	768	108	407	209	1128
dont:						
- Déplacements	-	87	49	199	127	400
- Logement & Nouriture	19	115	59	104	23	141
- Traitement	150	566	-	104	59	587
Autres Dépenses	-	70	-	104	33	167
Dépenses Liées à la Maladie - Total	230	1235	399	1276	571	2277
Nombre de malades	16	65	56	147	30	61

Tests Pilotes de Recouvrement des Coûts
Enquête de Base, Octobre-Décembre 1992
HFS\NIGER94\TABA26