

52/614



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTÉ

20, Avenue Appia
1211 GENEVE 27
SUISSE

FAX: OMS (41.22) 791 07 46
TÉL: (41.22) 791 21 11



ORGANISATION
DES NATIONS UNIES
POUR L'ÉDUCATION,
LA SCIENCE ET
LA CULTURE

7, place Fontenoy
75352 PARIS 07
FRANCE

FAX: UNESCO (33.1) 45 67 16 90
TÉL: (33.1) 45 68 10 00

Secrétariat de réunion

OMS
Chargé de la réunion:
Mr J. Perrot,
Division de la Coopération
intensifiée avec les Pays

Tél.: (41-22) 791 22 06 (direct)
Fax.: (41-22) 791 41 53
E-mail: PERROT@WHO.ORG

UNESCO
Chargé de la réunion:
Mr A. Lokisso,
Enseignement primaire
Division de l'Éducation de base

Tél.: (33-1) 45 68 10 35 (direct)
Fax.: (33-1) 40 65 94 05

Réunion technique:

*L'Impact de la dévaluation du franc CFA
sur la santé et l'éducation*

Un an après: bilan pour l'action

Genève, 21 - 24 février 1995

SESSION "SANTÉ"

ÉVOLUTION DE LA FRÉQUENTATION
DES CENTRES DE SANTÉ
AU BÉNIN

Léon Kessou

Centre Régional pour le Développement de la Santé (CREDESA)
Pahou - Bénin

Cette étude a été réalisée avec le soutien
de la Division de la Coopération intensifiée avec les Pays (ICO)

Ce document est issu de la réunion technique sur *"l'impact de la dévaluation du franc CFA sur la santé et l'éducation"* mais n'est pas une publication de l'Organisation Mondiale de la Santé. Tous les droits sont réservés par l'Organisation. Le document peut toutefois être librement commenté, résumé, reproduit et traduit, partiellement ou en totalité, mais à l'exception de la vente ou pour un usage en liaison avec des activités commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Centre Régional pour le Développement et la Santé

CREDESA/Pahou

- = * = -

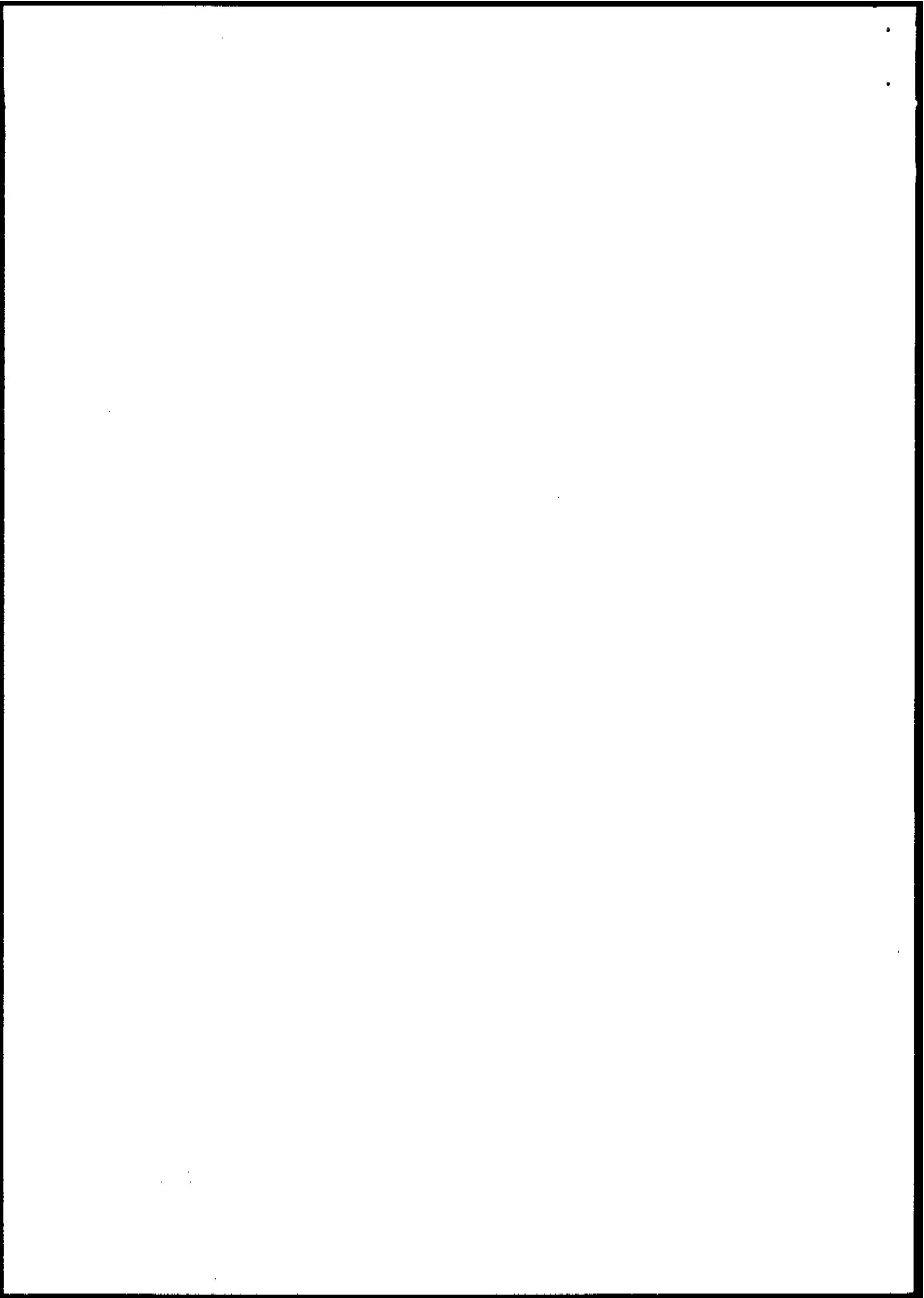
EFFETS DE LA DEVALUATION DU
FRANC CFA SUR LA FREQUENTATION
DES SERVICES DE SANTE

RAPPORT DE RECHERCHE

Par

E. ALIHONOU
L. KESSOU
M. SAGBOHAN
F. HOUNYE

Janvier 1995



PLAN

REMERCIEMENTS

ABREVIATIONS

RESUME

I INTRODUCTION

II OBJECTIFS

Objectif général

Objectifs spécifiques

III HYPOTHESE DE RECHERCHE

IV CADRE DE TRAVAIL

V METHODE D'ETUDE

1. Type d'étude

2. Les variables

3. Echantillonnage et source d'information

4. Les facteurs de confusion

5. Limites de l'étude

VI RESULTATS

1. Volet quantitatif

1.1. Situation en site rural avec appui de bailleur

1.2. Situation en site rural sans appui de bailleur

1.3. Situation en site péri-urbain avec appui de bailleur

1.4. Situation en site périurbain sans appui de bailleur

1.5. Evolution des actes de maternité, des recettes et du profil des usagers

2. Volet qualitatif
 - 2.1. Fréquentation des services
 - 2.2. Caractéristiques et profil des usagers
 - 2.3. Comportements des usagers
3. Les facteurs de confusion

VII CONCLUSIONS

VIII AXES DE RECHERCHE FUTURE

IX REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

X ANNEXES

XI LISTE DES TABLEAUX

REMERCIEMENTS

Le CREDESA avec ce travail est très heureux de contribuer aux débats des effets de la dévaluation du franc CFA sur la vie quotidienne et les comportements des populations. En apportant plus de lumière sur les éventuels changements intervenus dans la fréquentation des services du fait de la dévaluation, le CREDESA espère aider aux prises de décisions susceptibles d'amoindrir la souffrance des populations les plus victimes de cette décision. Il reste particulièrement reconnaissant à:

- l'OMS qui mis à disposition les moyens financiers nécessaires, en particulier messieurs J. Perrot et Kambiré qui nous ont inspirés, encouragés et soutenus dans l'accomplissement de ce travail,
- le Ministère de la Santé, le directeur national du programme élargi de vaccination, les directeurs départementaux de la Santé du Mono et de l'Atlantique qui ont facilité les formalités pour l'accomplissement de ce travail,
- les médecins-chefs et les agents de santé des sous-préfectures d'Aplahoué, Come, Allada et Calavi pour leur disponibilité et leur implication directe dans l'accomplissement de ce travail.

ABREVIATIONS

CCS: Complexe Communal de Santé

PDSS: Projet de Développement des Services de Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

CPN: Consultation Prénatales

Infec Resp: Infections respiratoires

Autres aff occ: Autres affections oculaires

ORL: Oto Rhyno Laryngologie

RESUME

La dévaluation du franc CFA a des conséquences nombreuses et variées, à court et long terme sur la vie quotidienne des populations. Dans le secteur de la santé, certains effets de cette dévaluation se sont fait immédiatement sentir tels que l'augmentation brutale des prix des médicaments. D'autres effets sont seulement soupçonnés tels que la modification de la fréquentation des structures de santé, la modification du profil des demandeurs de services, la naissance de nouveaux indigents, etc. Mais l'objectivité et les dimensions réelles de ces changements restent inconnus ainsi que leurs évolutions éventuelles. Ceci induit la nécessité de mettre en place dès maintenant, un dispositif d'études approfondies qui permettent de documenter ces conséquences. C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude rétrospective sur les six premiers mois d'après la dévaluation. Elle s'est effectuée à petite échelle dans quatre sous-préfectures rurales et péri-urbaines du sud-Bénin.

Deux types de données ont été collectées: des données quantitatives obtenues par dépouillement de supports de gestion des services; des données qualitatives obtenues par interview des prestataires ou des usagers, relatives aux modifications des comportements et du profil des usagers.

Les observations ont surtout porté sur l'évolution des volumes des soins curatifs, des soins préventifs, l'évolution des recettes, des activités de maternité, le profil des usagers, et ont abouti aux résultats suivants: en zone rurale comme en zone péri-urbaine, on note un recours plus accentué aux soins curatifs dispensés dans les formations sanitaires publiques. L'utilisation des soins vaccinaux par contre tend vers la baisse en zone rurale et contraste avec l'utilisation intense observée en zone péri-urbaine. Les activités de maternité baissent en zone rurale, se maintiennent ou progressent légèrement en zone péri-urbaine.

Dans le sillage des consultations curatives, le niveau des recettes a nettement augmenté, parfois doublé.

Les impressions des agents de santé qui prennent les consultations confirment pour la plupart les révélations des

données quantitatives collectées. Ceci témoigne du caractère sensible et facilement observable des changements qui se sont opérés depuis la dévaluation. Les usagers de niveau socio-économique bas en particulier les paysans, ont tendance à éviter les soins préventifs, craignent les évacuations sanitaires, mais c'est surtout ceux de la catégorie socio-économique moyenne qui ont glissé vers les formations publiques en évoquant la raison de cherté des soins ailleurs.

Toutes ces constatations restent cependant apparemment indépendantes du fait que la formation sanitaire soit soutenue ou non par un bailleur de fonds.

En somme, il apparaît, contrairement à l'hypothèse de début, que six mois après, la dévaluation du franc CFA a eu des effets manifestes sur les formations sanitaires publiques. D'importants changements sont intervenus dans la fréquentation des services et dans le comportement des usagers, malgré la subvention des médicaments et le maintien des prix des prestations au même niveau qu'avant la dévaluation. Ces changements laissent présager des effets plus marqués de la dévaluation du franc CFA dans le secteur sanitaire privé, en particulier pour les usagers de la catégorie socio-économique moyenne.

I. INTRODUCTION

La dévaluation du franc CFA survenue le 11 Janvier 1994 dans les pays africains de la zone franc constitue un événement particulièrement important dans la vie économique de la sous-région. En modifiant la parité du franc CFA qui s'établit désormais à 100 franc CFA pour 1 franc français, la dévaluation diminue virtuellement de moitié la capacité d'approvisionnement en produits importés dont le secteur de la santé est spécialement dépendant.

Résultant des crises économique et financière que connaît la zone depuis les années 1980, la dévaluation se justifie ainsi que l'ont énoncé Perrot et al 1994, par:

- l'héritage des politiques économiques non appropriées,
- l'effondrement des termes de l'échange,
- la réévaluation des taux de change du franc français,
- l'évolution défavorable du taux de change réel.

Une telle décision a des conséquences nombreuses et variées à court et long terme sur la vie quotidienne des populations. Dans le secteur de la santé, les effets de cette dévaluation se sont fait immédiatement sentir surtout dans le domaine de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Des concertations ont été initiées et des mesures prises pour amortir les effets négatifs de la dévaluation telles que la réunion des bailleurs de fonds qui s'est tenue le 4 Février 1994 à Paris et qui a permis de dégager un consensus pour la subvention et la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels.

Au plan national, des concertations successives entre le Ministère de la Santé, les importateurs et les dépositaires de produits pharmaceutiques, les institutions de financement ont permis d'obtenir une subvention pour le maintien des prix des médicaments dans les formations sanitaires publiques. Cette subvention visait à amortir le choc d'une augmentation brutale des prix des médicaments essentiels, principal recours des populations les plus pauvres déjà confrontées à l'augmentation des prix des autres produits de première nécessité.

Toutefois, d'autres inconvénients de la dévaluation ont été pronostiqués parmi lesquels la modification de la fréquentation des structures de santé (en particulier pour les plus pauvres). On évoque aussi la modification du profil des demandeurs de service par un glissement de la demande des classes sociales moyennes vers les centres de santé publiques, ainsi que la naissance de nouveaux indigents et l'exclusion des plus pauvres.

Les inconnus pour le moment sont l'objectivité et les dimensions réelles des changements induits par cette nouvelle situation de la dévaluation ainsi que l'évolution que connaîtront ces changements. Pour confirmer ou infirmer les diverses prédictions, il faudra un minimum d'observations et de preuves.

C'est pour cela qu'il convient de mettre en place dès maintenant, un dispositif d'études approfondies qui permettra de documenter les conséquences prévues, en attendant la mesure de l'impact qu'il est difficile de pronostiquer aujourd'hui. C'est ce qui justifie le présent travail qui s'intéresse aux effets de la dévaluation du franc CFA sur la fréquentation des services de santé au Bénin.

II. OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer les premiers effets observables de la dévaluation du franc CFA sur la fréquentation des services de santé.

Objectifs spécifiques:

1. Identifier les transformations comportementales éventuelles induites par la dévaluation du franc CFA.
2. Mesurer l'évolution de l'utilisation des services (préventifs et curatifs).
3. Examiner l'évolution des budgets du financement communautaire des centres de santé par rapport à la même période de l'année précédente.
4. Evaluer les modifications éventuelles du profil des utilisateurs de soins.

III. HYPOTHESE DE RECHERCHE

Nous supposons que six mois après, la dévaluation n'a pas entraîné de changements significatifs quant aux comportements et à l'utilisation des services au fonctionnement et au financement des services.

IV. CADRE DE TRAVAIL

Le présent travail s'est effectuée à petite échelle pour raison de temps. Il s'est arrêté au sud-Bénin et concerne quatre sous-préfectures répondant aux conditions suivantes: sous-préfecture rurale, urbaine ou péri-urbaine, bénéficiant ou non d'un important soutien d'une institution d'appui au secteur sanitaire; centre de santé dont le personnel est ancien ayant vécu les deux périodes d'avant et d'après la dévaluation dans le même centre; centre de santé disposant d'un minimum d'informations fiables et dont le personnel a l'habitude de la recherche d'informations sur le terrain.

Selon ces critères, les sous-préfectures retenues se répartissent de la façon suivante:

Tableau 4.1: Répartition des sous-préfectures selon les critères de choix.

Appui	Appui de bailleurs	Sans appui de bailleurs
Sites		
Centre de santé rural	Aplahoué	Comé
Centre de santé péri-urbain	Allada	Calavi

La sous-préfecture d'Aplahoué est une sous-préfecture rurale. Elle abrite une population de 98536 habitants (selon le recensement de 1992). Le CCS central de la sous-préfecture qui a été choisi pour la présente investigation couvre 37975 habitants. Il sert de centre de référence pour tous les autres cinq CCS de la sous-préfecture. Les activités du CCS central sont appuyées par ACTION-SOLIDARITE FRANCE-AFRIQUE, une ONG française.

La sous-préfecture de Comé est une sous-préfecture rurale qui abrite 61221 habitants. Le CCS central de Comé, retenu pour le présent travail couvre 20152 habitants. Il sert de centre de référence à quatre CCS périphériques qui y envoient les cas dépassant leur compétence. Le CCS central de Comé ne bénéficie pas d'appui institutionnel à ses activités.

La sous-préfecture d'Allada est une sous-préfecture péri-urbaine qui abrite 83.534 habitants. Le CCS central d'Allada, retenu pour le présent travail couvre 19428 habitants. Il sert de centre de référence à sept CCS périphériques qui y envoient les cas dépassant leur compétence. Le CCS central d'Allada bénéficie d'un appui institutionnel important du PDSS à ses activités.

La sous-préfecture de Calavi est une sous-préfecture péri-urbaine qui abrite 135256 habitants. Le CCS central de Calavi, retenu pour le présent travail couvre 22753 habitants. Il sert de centre de référence à 10 CCS périphériques qui y envoient les cas dépassant leur compétence. Le CCS central de Calavi ne bénéficie pas d'appui institutionnel à ses activités.

Les centres de santé étudiés sont tous des formations sanitaires publiques. Ils pratiquent tous la politique des médicaments essentiels sous noms génériques et le financement communautaire des services dans le contexte de l'Initiative de Bamako. Dans ce cadre ils bénéficient tous de la subvention aux médicaments essentiels accordée après la dévaluation aux formations sanitaires pratiquant la politique des médicaments essentiels. Pour ces centres de santé, les prix de cession des médicaments sont censés rester les mêmes, et les prix des traitements ne devraient pas changer notablement.

Malgré la tendance des agents de santé encore en fonction ou à la retraite à prendre des consultations à domicile, les sous-préfectures étudiées ont un secteur sanitaire privé embryonnaire (Aplahoué: 2 consultations privées, Comé: 1 consultation privée, Allada: 1 consultation privée), peu susceptible d'influer de façon notable sur l'utilisation des services; sauf dans la zone péri-urbaine de Calavi qui compte huit cabinets médicaux privés.

V. METHODE D'ETUDE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective des données de services relatives aux six premiers mois d'après la dévaluation et aux données identiques de la même période de l'année précédente.

L'étude s'est déroulée en deux volets: un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Le volet quantitatif concerne les données quantifiables de service dont l'évolution a été jugée à l'aide de tests de comparaison. Ce sont:

- les volumes des soins curatifs avant et après la dévaluation;
- la couverture des soins préventifs avant et après la dévaluation;
- les recettes du financement communautaire avant et après la dévaluation;
- des changements éventuels des prix des médicaments et traitements avant et après la dévaluation.

Toutes ces données ont été recueillies par un dépouillement des différents supports d'information et outils de gestion régulièrement tenus par des agents de santé commis pour.

Ce volet s'est aussi intéressé:

- au profil des anciens et des néo-utilisateurs des services (profession, catégorie socio-économique);
- aux raisons du choix de l'utilisation d'un autre type de centre de santé après la dévaluation.

Ces données ont été collectées lors d'une enquête à domicile auprès des utilisateurs nouveaux ou anciens des services.

Exécutée par les prestataires de service eux-mêmes cette enquête consistait à retrouver anciens et néo-utilisateurs des services et à leur appliquer un questionnaire qui permet l'identification de leur profil.

Le volet qualitatif concerne les opinions et impressions des prestataires de service. Il s'agit d'une investigation de l'opinion des prestataires pour dégager leur point de vue sur:

- les changements notés dans la fréquentation des services de santé,
- les motifs actuels de consultation,
- les caractéristiques et profil actuels des usagers des services,
- les changements comportementaux notés chez les usagers des services à différents niveaux (à l'accueil, lors de la consultation, à la prescription des ordonnances et des examens de laboratoire, aux paiements des médicaments, vis-à-vis de la décision de référence, vis-à-vis du suivi du traitement ...).

Ces données ont été recueillies lors d'un entretien semi-structuré individuel portant sur 44 prestataires de service qui prennent effectivement les consultations dont 8 à Aplahoué, 10 à Comé, 11 à Allada et 15 à Calavi. Ils ont tous un long séjour dans leur centre de santé et ont suffisamment de recul pour juger les situations d'avant et d'après la dévaluation.

Préparé et exécuté par un socio-anthropologue et un médecin spécialiste de la participation communautaire, ce volet a fait l'objet d'un dépouillement manuel.

2. Les variables

Les variables étudiées sont d'ordre quantitatif et qualitatif; ce sont:

- le comportement des usagers indiqué par l'opinion des prestataires,
- l'utilisation des services, indiquée par le volume des services curatifs et préventifs,
- le budget du centre indiqué par le montant et le rapport des recettes et des dépenses,
- l'augmentation des tarifs, indiquée par les prix précédents

- et actuels des médicaments et des traitements,
- le profil des utilisateurs, indiqué par la profession, ou le revenu, ou le simple jugement par le prestataire de l'appartenance de l'utilisateur à une catégorie socio-économique ou l'autre sur la base des signes extérieurs de richesse.

3. Echantillonnage et source d'informations

L'échantillonnage a porté sur deux groupes :

- a. les prestataires de services pour la collecte de leurs impressions et opinions à propos des changements de comportements observés sur les usagers des services après la dévaluation.

Ici, nous avons procédé à un échantillonnage raisonné ayant permis la sélection de 44 prestataires tous prenant les consultations et jouissant d'une ancienneté dans la formation datant d'au moins un an avant la dévaluation.

- b. les utilisateurs des services, anciens comme nouveaux;
 - * pour les anciens utilisateurs des services, on a procédé à un échantillonnage aléatoire simple portant sur une à deux centaines d'usagers par centre dont 58 ont été retrouvés et enquêtés à Aplahoué, 38 à Come 53 à Allada puis 56 à Calavi.
 - * pour les néo-utilisateurs des services, on a procédé à un recrutement systématique de tous ceux qui ont consulté la formation sanitaire pour la première après la dévaluation. Ceci a permis d'avoir et d'enquêter 31 personnes à Aplahoué, 41 à Come, 48 à Allada puis 51 à Calavi.

4. Les facteurs de confusion

Des facteurs autres que ceux auxquels l'étude s'intéresse sont susceptibles d'influencer la fréquentation des services. Il importe d'estimer avec un minimum de précision la part d'influence de ces facteurs sur la modification de la fréquentation des services. Ces facteurs sont:

- la création ou la fermeture de centre de santé (privés, publiques ou confessionnels) dans les environs immédiats de l'aire couverte par les centres choisis,

- l'organisation de campagnes de sensibilisation à l'utilisation des services,
- les mouvements notoires de personnel dus à des affectations récentes.

Les données concernant les facteurs de confusion ont été récoltées auprès des responsables sanitaires de chaque sous-préfecture lors de l'enquête sur le terrain.

5. Limites de l'étude

Les supports d'informations habituellement utilisés dans les centres de santé ne contiennent pas la profession du consultant, ni leur revenu, ni leur niveau socio-économique, ni aucun autre indice permettant de les classer. Cette inexistence de données sur le profil des utilisateurs enlève à la précision dans l'appréciation du changement du profil des utilisateurs des services.

Les dépenses de service n'ont pas une périodicité fixe. L'approvisionnement s'opère dès que le besoin se fait sentir. Aussi l'importance des dépenses ne reflète pas nécessairement le volume des activités. Autrement dit, de grosses dépenses d'un mois par rapport à un autre ne signifient pas nécessairement un surcroît de consultations ou de consultants.

Cette étude s'est faite à petite échelle en se limitant seulement au sud-Bénin; ce qui ne permet pas d'avoir une idée de la situation d'ensemble du pays.

Les néo-utilisateurs des services, en nombre déjà réduit, n'ont pas pu être tous retrouvés pour l'enquête, du fait de l'imprécision des adresses; ceci peut diminuer la précision dans la détermination de leur profil.

L'étude ne s'est intéressée qu'aux formations publiques qui pratiquent la politique des médicaments essentiels, alors que la situation dans les formations sanitaires privées essentiellement établies en zones urbaines et péri-urbaines peut être différente.

Enfin, le cycle semestriel de "disponibilisation" et de traitement des données des formations sanitaires publiques au niveau périphérique ne nous a pas permis d'étendre la récolte d'informations au-delà des six premiers mois après la dévaluation.

VI. RESULTATS ET COMMENTAIRES

Pour faciliter la comparaison, les résultats seront présentés par type de site pour les données relatives au volume des consultations curatives et au volume des activités vaccinales; puis pour des sites en ce qui concerne le volume des activités de maternité, le profil des usagers et l'évolution des recettes. Les résultats du volet qualitatif suivront pour favoriser une meilleure interprétation des données quantitatives. Le point sur les facteurs de confusion suivra pour situer les faiblesses et contraintes qui éventuellement pourraient gêner la validité des résultats.

1. Volet quantitatif

1.1. Situation en site rural avec appui de bailleur

L'exemple choisi est le cas de la sous-préfecture d'Aplahoué. Ici il y a eu des changements à degré divers après la dévaluation quant à la fréquentation des services curatifs et préventifs, les soins de maternité, les recettes, le profil des utilisateurs.

1.1.1. Volumes des consultations curatives

Comme on peut le noter dans le tableau 6.1, il y a une nette progression du recours aux services curatifs du CCS central d'Aplahoué. Le paludisme par exemple, tout en gardant le record des consultations est passé de 1198 cas pour six mois à 1303 cas pour la même période après la dévaluation. Il en est de même des infections respiratoires qui sont passées de 983 cas à 1116 cas. En général, les consultations se sont notablement accrues pour certaines affections caractéristiques de la localité telles que la drépanocytose avec un accroissement de 4,8; les autres anémies (non drépanocytaires) avec 2,6, les conjonctivites avec 1,3. La différence entre les répartitions des consultations curatives avant et après la dévaluation est très franche et n'impose pas le recours à un test de comparaison.

Tableau 6.1: Comparaison des volumes des consultations curatives du CCS central d' Aplahoué avant et après la dévaluation.

Pathologies	Volume avant dévaluation	Volume après dévaluation	TEST
Paludisme	1198	1303	df= 7 chi 2= 508 p= .000
Infec Resp	983	1116	
Diarrhées	347	513	
Conjonctivites	636	843	
Autres aff occ	384	284	
Infections ORL	623	509	
Drépanocytose	151	731	
Anémies	293	773	

Une telle constatation, en l'absence de toute flambée endémo-épidémique ne peut s'expliquer que par une déviation des cas des autres recours de soins vers le centre de santé publique.

On est par ailleurs frappé par le volume des consultations pour conjonctivites et autres affections oculaires aussi bien avant qu'après la dévaluation. La zone d'Aplahoué apparaît donc comme un flot endémique d'affections oculaires qui mériteraient une investigation épidémiologique.

1.1.2. Volume des activités vaccinales

Au CCS central d'Aplahoué, la progression des activités vaccinales reste mitigée alors que la vaccination au BCG est en progression, ce qui dénote l'effort des agents de santé à assurer cette vaccination à la naissance. En dehors du vaccin anti-rougeoleux activement recherché par les parents et administré par les agents de santé, la couverture vaccinale connaît une légère baisse. Tout se passe comme si l'entrain diminuait chez les parents à amener les enfants se vacciner, et stagnait chez les

femmes en âge de procréer. Le test de comparaison avec un Chi 2 de 3,1 (df=5) et un degré de signification de 0,67 n'est pas en faveur d'un accroissement de l'utilisation des soins vaccinaux suite à la dévaluation.

Tableau 6.2: Comparaison des taux de vaccination des enfants et femmes enceintes du CCS central d'Aplahoué avant et après la dévaluation.

Antigènes	Avt Déval	Apr Déval	Test
BCG	93	98	df=5 chi 2= 3.14 p= .678
DTCP1	93	86	
DTCP3	74	88	
VAR	72	91	
VAT1 (♀)	63	60	
VAT2 (♀)	63	62	

1.2. Situation en site rural sans appui de bailleur

Au CCS central de Come, qui est un CCS rural qui ne bénéficie pas d'appui de bailleur extérieur, des changements se sont aussi produits.

1.2.1. Volume des consultations curatives

Tel que le révèle le tableau 6.3, on note un accroissement de la quasi totalité des consultations curatives les plus demandées, qui est de 1.2 pour le paludisme, 1.3 pour les infections respiratoires et 1.8 pour les diarrhées. Ici aussi la différence entre les répartitions des consultations des deux périodes est patente et n'impose point de test statistique.

Tableau 6.3: Comparaison des volumes des consultations curatives du CCS central de Comé avant et après la dévaluation.

Pathologies	Volume avant dévaluation	Volume après dévaluation	TEST
Paludisme	817	957	df= 7 chi 2=56 p= .000
Infec Resp	308	405	
Diarrhées	141	255	
Conjonctivites	80	98	
Autres aff occ	4	15	
Infections ORL	137	81	
Drépanocytose	34	57	
Anémies	51	36	

1.2.2. Volume des activités vaccinales

En ce qui concerne les soins vaccinaux, la régression est drastique, d'au moins 15% pour tous les antigènes. Pour ce qui est du BCG, cette baisse pourrait traduire une diminution des accouchements à l'hôpital ou un recours aux accouchements à domicile.

Tableau 6.4: Comparaison du statut vaccinal des enfants et femmes enceintes du CCS central de Come avant et après la dévaluation.

Antigènes	Avt Déval	Apr Déval	Test
BCG	96	71	df=5 chi 2= 2.82 p= .727
DTCP1	91	73	
DTCP3	82	67	
VAR	82	57	
VAT1 (♀)	61	38	
VAT2 (♀)	34	34	

1.3. Situation en site péri-urbain avec appui de bailleur

L'exemple choisi est le cas de la sous-préfecture d'Allada. Ici aussi il y a eu des changements à degré divers après la dévaluation.

1.3.1. Volume des consultations curatives

Comme le montre le tableau 6.5, on note une augmentation des consultations curatives courantes avec un accroissement de 1,1 pour le paludisme, 1,3 pour les infections respiratoires et 2.1 pour les diarrhées par exemple. La différence dans l'utilisation des soins curatifs avant et après la dévaluation est certaine et se révèle d'office.

Tableau 6.5: Comparaison des volumes des consultations curatives du CCS central d'Allada avant et après la dévaluation.

Volumes--> Pathologies	Volume avant dévaluation	Volume après dévaluation	TEST
Paludisme	1358	1495	df= 7 chi 2= 38
Infec Resp	406	527	
Diarrhées	71	153	
Conjonctivites	30	46	
Autres aff occ	10	5	
Infections ORL	38	68	
Drépanocytose	6	4	
Anémies	418	417	p= .000

1.3.2. Volume des activités vaccinales

Comme l'indique le tableau 6.6, on note une augmentation extrême de l'utilisation des soins vaccinaux. En particulier plus d'enfants qu'il y en a dans la zone sont vaccinés. Ceci se traduit par les taux de couverture dépassant les 100% et dénote certainement d'un afflux des cibles venant des communes rurales environnantes. Même les femmes en âge de procréer ont accru l'utilisation des soins vaccinaux.

Tableau 6.6: Comparaison du statut vaccinal des enfants et femmes enceintes du CCS central d'Allada.

Antigènes	Avt Déval	Apr Déval	Chi-Deux
BCG	95	110	df= 5 chi 2= 1.74 p= .883
DTCP1	89	111	
DTCP3	80	109	
VAR	86	100	
VAT1 (♀)	38	53	
VAT2 (♀)	35	36	

1.4. Situation en site péri-urbain sans appui de bailleur

Au CCS central de Calavi, qui est un CCS péri-urbain et qui ne bénéficie pas d'appui de bailleur extérieur, des changements sont aussi observables.

1.4.1. Volume des consultations curatives

On note comme le montre le tableau 6.7, un accroissement important de l'utilisation des soins curatifs de l'ordre de 2,9 pour le paludisme; 9,2 pour les infections respiratoires et de 1,3 pour les diarrhées. Cette augmentation de l'utilisation des soins pourrait dénoter d'un reflux massif des usagers des autres sources et alternatives de soins vers le centre de santé publique qu'est le CCS central de Calavi. Comme dans les autres formations sanitaires, la différence entre les répartitions des consultations des deux périodes est patente.

Tableau 6.7: Comparaison des volumes des consultations curatives du CCS central de Calavi avant et après la dévaluation.

Pathologies	Volume avant dévaluation	Volume après dévaluation	TEST
Paludisme	543	1604	df=7 chi 2= 38 p= .000
Infec Resp	45	416	
Diarrhées	188	256	
Conjonctivites	8	75	
Autres aff occ	0	0	
Infections ORL	8	614	
Drépanocytose	2	141	
Anémies	200	354	

Toutefois, la très forte explosion des cas d'infections respiratoires laisse perplexe et ressemble (en dehors de toute épidémie) à un artefact de dépouillement.

1.4.2. Volume des activités vaccinales

Comme l'indique le tableau 6.8, il y a une nette amélioration de l'utilisation des soins vaccinaux. On note une tendance identique de l'utilisation des soins vaccinaux par rapport à la zone péri-urbaine d'Allada. Toujours plus d'enfants qu'il y en a dans la zone sont vaccinés. Ce que traduisent les taux de couverture dépassant les 100% qui peuvent s'expliquer par un afflux des cibles venant des communes rurales environnantes. Les femmes en âge de procréer aussi ont accru l'utilisation des soins vaccinaux.

Tableau 6.8: Comparaison du statut vaccinal des enfants et femmes enceintes du CCS central de Calavi.

Antigènes	Avt Déval	Apr Déval	Test
BCG	100	113	df=5 chi 2= 0.6 p= .98
DTCP1	86	101	
DTCP3	75	88	
VAR	73	89	
VAT1 (♀)	51	67	
VAT2 (♀)	38	49	

1.5. Evolution des activités de maternité, des recettes et du profil des utilisateurs.

1.5.1. Volumes des activités de maternité

Comme l'indique le tableau synthèse 6.9 qui suit, les activités de maternité stagnent ou baissent de régime en zone rurale; ce qui ressemble à la tendance déjà observée pour les soins préventifs vaccinaux. Par contre en zone péri-urbaine elles se maintiennent ou progressent.

A aplahoué , les accouchements et les consultations prénatales sont en régression notoire respectivement de 22% et 41% après la dévaluation.

A Come, les accouchements ont connu un accroissement de 6,8% alors que les consultations prénatales stagnent.

A Allada; les accouchements et les consultations prénatales connaissent un taux d'accroissement similaire de 18,2% et 17,2% respectivement. Cette constatation s'aligne beaucoup sur l'accroissement notoire de l'utilisation des soins préventifs observé ici.

A Calavi, les accouchements ont augmenté avec un taux d'accroissement de 4,5%, alors que les consultations prénatales ont régressé de 6,1%.

Les tendances contraires de l'évolution des activités de maternité en zones rurale et péri-urbaine, en particulier pour les accouchements pourraient s'interpréter comme une perte d'intérêt pour ces activités en zone rurale et un regain d'intérêt en zone urbaine. Mais elles pourraient également traduire un recours aux accouchements à domicile en zone rurale. En associant cette constatation à la baisse des activités préventives vaccinales enregistrée en zone rurale, et à son exacerbation en zone péri-urbaine, on pourrait penser à une désertion des ruraux en faveur des formations péri-urbaines pour recevoir les soins de maternité et les vaccinations. Mais une telle affirmation est peu vraisemblable dans le contexte actuel et nécessite plutôt des investigations plus poussées.

Tableau 6.9: Comparaison des accouchements et consultations prénatales par site, avant et après la dévaluation.

Sites	Activité	Avant dé- valuation	Après dé- valuation	Taux d'ac- croissement
APLAHOUE	Accouch	421	327	-22%
	CPN	2476	1848	-41%
COME	Accouch	291	311	6,8%
	CPN	1059	1068	0,1
ALLADA	Accouch	258	305	18,2%
	CPN	1469	1723	17,2%
CALAVI	Accouch	288	301	4,5%
	CPN	1561	1465	-6,1%

1.5.2. Evolution des recettes

Conformément au tableau 6.10, on note dans toutes les formations sanitaires, une augmentation très importante des recettes. De première instance, on peut attribuer cette augmentation à l'accroissement des consultations curatives, essentielles génératrices des revenus financiers des formations sanitaires. L'accroissement des consultations peut à son tour s'expliquer par l'amélioration de la qualité des prestations, l'absence de rupture des stocks, l'amélioration du comportement des agents de santé; tous facteurs susceptibles d'attirer plus de patients.

A Aplahoué, il y a un net accroissement des recettes avec un taux de 74%, allant du montant de 3489040 FCFA pour le semestre d'avant la dévaluation à 6055865 FCFA pour le semestre d'après.

A Come, les recettes du CCS central ont pratiquement doublé, avec un taux d'accroissement de 98%, allant du montant de 951980 FCFA pour le semestre d'avant la dévaluation à 1884870 FCFA après la dévaluation.

A Allada, on note aussi un important taux d'accroissement des recettes de l'ordre de 81% allant du montant de 2173330 FCFA avant la dévaluation à 3944115 FCFA après la dévaluation.

Le CCS central de Calavi connaît un taux d'accroissement de 61% des recettes, qui est le plus faible accroissement de recettes observé, allant du montant de 1607265 FCFA avant la dévaluation à 2589245 FCFA après la dévaluation.

Tableau 6.10: Comparaison des recettes par site, avant et après dévaluation.

Période--> Sites	Avant Dévaluation	Après Dévaluation	Taux d'Accrois- sement (en %)
Aplahoué	3489040	6055865	74
Come	951980	1884870	98
Allada	2173330	3944115	81
Calavi	1607265	2589245	61

Un tel accroissement des recettes ne peut pas s'expliquer uniquement par l'accroissement du volume des consultations curatives. L'augmentation subite des recettes issues de la vente des médicaments peut donner un pareil effet. En effet, la vente libre des médicaments à tout venant en dehors de toute présentation d'ordonnance est un facteur important susceptible de gonfler les recettes sans refléter pour autant le volume réel des consultations. Cette pratique se rencontre dans beaucoup de centres de santé publiques. C'est le cas du CCS central d'Aplahoué, du CCS central de Come.

Un tel accroissement des recettes peut résulter également d'une gestion plus rigoureuse des recettes et finances de la formation sanitaire; peut être même du propre fait de la dévaluation. Un suivi et l'observation détaillée des sources des recettes permettra de mieux comprendre les autres causes de l'augmentation des recettes en dehors de l'accroissement des consultations curatives.

1.5.3. Evolution des profils

Par rapport à la période d'avant la dévaluation, aussi bien en zone rurale qu'en zone péri-urbaine, on note en général que les néo-utilisateurs des services sont les artisans et les commerçants. Peu de paysans et de fonctionnaires ont été motivés par la dévaluation à changer leur habitude pour se replier davantage sur les formations

sanitaires publiques. Les nouvelles réalités et probablement le renchérissement des coûts des autres alternatives de soins les ont amenés à se replier sur les services publiques.

A Aplahoué en général, les différentes tranches d'âge conservent leur niveau habituel de consultation sauf les personnes âgées de plus de 15 ans qui ont consulté 1,16 fois plus que d'habitude. Les usagers des services du CCS central d'Aplahoué sont des fonctionnaires salariés des secteurs public ou privée, des paysans, des commerçants, des artisans. Avant la dévaluation, ainsi que le montre le tableau 6.11, les paysans consultaient en grand nombre, suivis des artisans. Moins de fonctionnaires et de commerçants s'intéressaient aux services. Après la dévaluation, les néo-utilisateurs sont surtout les commerçants, pendant que les artisans maintiennent le même niveau de fréquentation et que la fréquentation par les paysans a chuté remarquablement.

A Come, les personnes âgées de plus de 15 ans sont les plus nombreux utilisateurs du CCS central, aussi bien avant qu'après la dévaluation. Les occupations des usagers sont identiques à celles d'Aplahoué; cependant, ainsi que le montre tableau 6.11, commerçants et artisans de même que les paysans utilisaient modérément les services avant la dévaluation. Avec la dévaluation, on note un regain d'intérêt d'utilisation des services par des artisans et des commerçants néo-utilisateurs, alors que les fonctionnaires se sont moins engagés dans l'utilisation des services.

A Allada, les personnes âgées de plus de 15 ans consultent moins et les tranches d'âge de 1 à 4 ans puis de 5 à 14 ans deviennent les plus grands demandeurs des soins curatifs. Les fonctionnaires étaient des meilleurs utilisateurs des services. Mais après la dévaluation, la fréquentation par les paysans et fonctionnaires a ralenti ou stagné pendant que les commerçants et en particulier les artisans se sont reportés davantage sur les services du CCS central.

A Calavi, la tranche d'âge des personnes âgées de plus de 15 ans reste celle qui demande plus les soins curatifs. A l'instar d'Allada, la zone péri-urbaine de Calavi n'était déjà pas un centre particulièrement fréquenté par les paysans. C'était un centre de prédilection des fonctionnaires et artisans. Après la dévaluation on constate un recrutement notoire de néo-utilisateurs artisans, alors que fonctionnaires et commerçants se font plus rares.

tableau 6.11: Classification des usagers habituels et des néo-utilisateurs retrouvés selon la profession, avant et après la dévaluation.

Sites	Aplahoué		Come		Allada		Calavi	
	Avt	apr	avt	apr	avt	apr	avt	apr
Fonctionnaire	5	6	9	5	25	13	24	18
Paysan	31	5	2	2	8	7	0	0
Commerçant	5	8	3	6	2	3	5	2
Artisan	11	11	6	14	9	11	22	27
Autres	6	1	18	14	9	14	5	4
TOTAUX	58	31	38	41	53	48	56	51

L'échantillon sur lequel la définition des profils s'est faite est un petit échantillon. Les difficultés rencontrées pour les localiser et les retrouver n'ont pas permis d'en avoir assez. Mais même non particulièrement représentatif, il nous permet d'avoir une idée de l'évolution du profil des usagers des services.

Dans l'ensemble, et de l'observation des différences entre les zones avec bailleurs ou sans bailleurs, on remarque que le fait d'être financièrement ou matériellement soutenu par un bailleur ne semble pas avoir de lien avec les

comportements des usagers. Par contre, en dehors de l'accroissement dans l'utilisation des soins curatifs constaté partout, la différence semble s'établir sur le caractère rural ou urbain des zones d'étude.

Selon le tableau 6.12 qui suit, on note que parmi les néo-utilisateurs, ceux qui ont changé de source de soins pour raison de cherté des soins ailleurs et choisi maintenant d'utiliser les formations publiques sont environ le tiers. L'examen de leur statut socio-économique révèle que 53,8% d'entre eux sont de niveau socio-économique moyen, et 36,5% de niveau bas. Même pour les néo-utilisateurs qui ont évoqué d'autres raisons pour justifier leur nouveau choix, 64,7% sont de niveau moyen et 29,4% de niveau bas.

Tableau 6.12: Classification des néo-utilisateurs des services selon leur niveau socio- économique et la raison du choix de la nouvelle formation sanitaire.

Niveau--> Raisons	Elevé	Moyen	Bas	Total
Prix	5	28	19	52
%	9,6%	53,8%	36,5%	100%
Autre raison	7	77	35	119
%	5,9%	64,7%	29,4%	100%
Total	12	105	54	171

Cette constatation est révélatrice d'un changement important de comportement au sein de la classe moyenne qui est forcée de se replier sur une source de soins classiquement peu utilisée par elle. Ceci pourrait s'interpréter comme un appauvrissement de la classe moyenne très bien étayé par les nouveaux comportements des usagers.

2. Volet qualitatif

Ce volet à travers les impressions perçues et exprimées par les agents de santé sur les modifications intervenues après la dévaluation, décrit les comportements nouveaux des usagers des services, en même temps qu'il participe à confirmer, infirmer ou nuancer les révélations des données quantitatives des services.

De l'analyse des impressions, observations et opinions des agents prestataires de service, il ressort que depuis la dévaluation du FCFA, plusieurs faits significatifs marquent la vie des formations sanitaires enquêtées. A leur avis, il s'agit surtout d'un changement de la fréquentation des services, de l'adoption ou de l'extériorisation par les usagers de certains comportements jusque là inexistantes ou discrets.

2.1. Fréquentation des centres

Une proportion de 86% des agents signalent un changement dans la fréquentation des services. Pour 57% d'entre eux ce changement va dans le sens d'une intensification des activités et est imputable à l'accroissement des consultations curatives surtout le paludisme, les affections respiratoires et l'anémie. Seulement 14% attribuent ce changement à une augmentation des consultations prénatales.

Par contre pour 36% des agents, le changement va dans le sens d'une diminution de la fréquentation des services occasionnée selon le quart de ceux-ci par une diminution des consultations prénatales et accouchements. Toutefois, 18% des agents interviewés signalent un regain d'intérêt des femmes pour la planification familiale.

2.2. Caractéristiques et profil des usagers

Dans une proportion de 93%, les agents de santé ont le sentiment que les enfants sont actuellement les premiers utilisateurs des services et 77% classent les adultes en deuxième position. La moitié des agents ont noté un regain d'intérêt des fonctionnaires pour les centres de santé enquêtés et 23% un accroissement de la fréquentation par les commerçants.

2.3. Comportements des usagers des services

Depuis la dévaluation, et selon l'ensemble des agents, les utilisateurs des services de santé adoptent un ensemble de comportements dont la finalité serait d'éviter autant que possible les dépenses ou à défaut de minimaliser les coûts des soins. Pour ce faire, les stratégies utilisées par les usagers dépendent toutefois de leurs connaissances et de leur compréhension des affections et des problèmes de santé.

De l'avis de 84% des prestataires de soins interrogés, les fonctionnaires ou les personnes éduquées, au contraire des paysans, se présentent tôt aux consultations dès le moindre malaise, espérant prévenir les complications, sources de dépenses importantes. Ils veulent uniquement les médicaments essentiels qu'ils disent de première nécessité (chloroquine, paracétamol, mébendazol etc.). Ils veulent d'ailleurs en faire la provision suscitant ainsi un important phénomène de thésaurisation des médicaments essentiels qui sont devenus des biens de grande consommation dont il faut faire la provision.

Bien qu'utilisant la stratégie préventive dans une moindre mesure, les paysans privilégient plutôt l'évitement qui consiste à s'abstenir de tout contact avec les services de santé afin de ne pas encourir les coûts inhérents aux soins. La consultation tardive particulièrement manifeste ici est l'un des indices immédiats de cette tendance à l'évitement; 50% des agents attribuant ce retard à la raison financière (manque d'argent, réticence à dépenser) et 27% à l'automédication et au recours aux guérisseurs traditionnels. En outre, l'évitement conduit les paysans à substituer aux médicaments essentiels la phytothérapie.

Lorsque le recours aux services de santé est inévitable, les utilisateurs adoptent des stratégies intermédiaires. D'emblée et de première intention, ils préfèrent aux structures sanitaires privées les structures publiques qui utilisent les médicaments essentiels.

Selon les agents, les rapports entre les utilisateurs et les agents de santé ont changé le long de l'itinéraire thérapeutique au sein de la structure sanitaire. Les usagers

sont devenus plus pro-actifs, à la fois plus prudents et plus exigeants. Ils posent des questions au soignant à toutes les étapes de la consultation. Ils cherchent à influencer et à modifier les décisions diagnostiques, thérapeutiques et de référence des prestataires. Ils recherchent systématiquement ou obligent pratiquement l'agent de santé à leur procurer plus d'informations sur leur cas afin de faire (ou même d'exiger) une sélection motivée des soins, des médicaments, des examens de laboratoire et des centres de référence. La moitié des agents relatent que l'utilisateur, la plupart du temps, tente d'attendrir le soignant par le récit de ses difficultés afin de le sensibiliser à prescrire le moins de médicaments et les moins onéreux possibles. Pour eux, le seul critère de décision qui compte est leur capacité à payer.

L'ordonnance médicale leur répugne de plus en plus et pour les examens de laboratoire ils sélectionnent et privilégient les examens de sang au dépens des autres examens dont ils préfèrent se passer volontiers. Même pour les affections graves qui nécessitent des traitements complexes (neuro-paludisme, diabète, hypertension artérielle), les usagers réclament un traitement sur place avec les médicaments essentiels disponibles dans le centre.

D'une manière générale les évacuations sanitaires se confrontent de prime abord à un refus total. Elles sont vécues par les patients et leurs proches comme un drame, tourmentés qu'ils sont par le coût très élevé des soins de référence.

Ces stratégies de recherche d'information, de sélection motivées, de préférence, de substitution et de thésaurisation développées par les utilisateurs vis-à-vis des services de santé ne sont certainement pas nouvelles; mais la dévaluation les a accentuées et systématisées.

En somme, avec la dévaluation du franc CFA, les utilisateurs des services sont devenus moins passifs dans leur rapport avec les agents de santé et dans la consommation des soins. Ils veulent à tout prix éviter les dépenses ou à défaut minimaliser les coûts des soins.

3. Les facteurs de confusion

Du fait de l'augmentation des prix des prestations des autres formations et alternatives de soins, le maintien des prix dans les formations publiques peut apparaître un facteur d'attraction susceptible d'agir sur la fréquentation des services. L'examen de quelques uns des autres facteurs susceptibles de produire ces mêmes effets nous a paru nécessaire.

En ce qui concerne la création ou la fermeture de centres de santé dans les environs immédiats des formations sanitaires étudiés, nulle part on ne note de fermeture de centre de santé. Par contre il y a eu de rares ouvertures de consultations privées après la dévaluation (1 à Allada et Come, 2 à Aplahoué et 3 à Calavi). Mais ces centres de santé naissants n'ont pas encore une ampleur susceptible d'influencer de façon significative les centres de santé examinés.

Pour ce qui concerne les campagnes de sensibilisation à l'utilisation des services, aucun des centres de santé n'a entrepris de sensibiliser les usagers après la dévaluation.

Aucun centre de santé n'a connu de mouvements d'affectation d'agents susceptible d'entraîner une modification de la fréquentation des services.

Nous pouvons donc estimer que les changements observés dans la fréquentation des services après la dévaluation ne sont certainement pas imputables aux facteurs de confusion évoqués ici, du fait de la stabilité de ces facteurs avant et après la dévaluation.

VII. CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, il apparait, contrairement à l'hypothèse de début, que la dévaluation du franc CFA, six mois après, a eu des effets sur les formations sanitaires publiques. D'importants changements sont intervenus dans la fréquentation des services et le comportement des usagers, malgré la subvention des médicaments et le maintien des prix des prestations au même niveau qu'avant la dévaluation.

En zone péri-urbaine comme en zone rurale, on note un recours plus accentué aux soins curatifs dispensés dans les formations sanitaires publiques. L'utilisation des soins vaccinaux par contre tend vers la baisse en zone rurale et contraste avec l'utilisation extrême observée en zone péri-urbaine. Les activités de maternité baissent en zone rurale, se maintiennent ou progressent légèrement en zone péri-urbaine.

Dans le sillage des consultations curatives, le niveau des recettes a nettement augmenté, parfois doublé et témoigne d'une vivacité nouvelle, d'un potentiel de résistance des formations sanitaires publiques face à la dévaluation tant que la politique actuelle des médicaments essentiels qui attire beaucoup d'usagers se maintient.

Les impressions des agents de santé qui prennent les consultations confirment pour la plupart les révélations des données quantitatives collectées. Ceci témoigne du caractère sensible et facilement observable des changements qui se sont opérés depuis la dévaluation.

Les usagers de niveau socio-économique bas en particulier les paysans ont tendance à éviter les soins préventifs et craignent les évacuations sanitaires; mais c'est surtout ceux de la catégorie socio-économique moyenne qui ont glissé vers les formations publiques en évoquant la raison de cherté des soins ailleurs.

Toutes ces constatations restent cependant apparemment indépendantes du fait d'être soutenu ou non par un bailleur de fonds. Elles laissent présager des effets plus marqués de la dévaluation du franc CFA dans le secteur sanitaire privé, en particulier pour les usagers de la catégorie socio-économique moyenne.

VIII. AXES DE RECHERCHE FUTURE

Les présents constats sont les effets à court terme induits par la dévaluation. Ils constituent un bon repère sur la base duquel il serait intéressant de faire un suivi périodique, semestriel ou annuel, afin que les effets à moyen et long terme n'échappent pas à l'observation.

De même, la situation dans le secteur privé, peu codifiée, et beaucoup plus difficile à examiner mérite d'être abordée pour compléter les observations faites dans le secteur public. Mais ceci demanderait plus de temps et de moyens.

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Banque Mondiale, 1994 Pour une meilleur santé en Afrique: les leçons de l'expérience.- Washington: Banque mondiale, 1994. 283p (coll. "Le Développement à l'Oeuvre")
2. Carrin G; Vereecke M Stratégie pour un financement des soins de santé dans les pays en développement: une étude axée sur le financement communautaire en Afrique subsaharienne.- Washington: Institut de développement économique, 1993, 173p.
3. Institut National de la Statistique et de l'Analyse économique; Fonds des Nations Unies pour la Population, 1993 Deuxième Recensement Général de la Population et de l'habitation, Février 1992 Vol.1: résultats définitifs, principaux tableaux.- Cotonou: INSAE, 1993.-250p.
4. Perrot J; Bourdon J; Orivel F, 1994 La santé dans les pays de la zone franc face à la dévaluation du FCFA, WHO, Genève.

Version provisoire, Avril 1994