



**Rapport d'enquête finale de
l'évaluation de l'impact du Dispositif
de Santé et Protection Sociale (DSPS)
TOND LAAFI pour les familles
vulnérables au Burkina Faso**

Août 2022

Delphine Boutin, Laurène Petitfour et Maxime Dulugat

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS

| | |
|------|--|
| DSPS | Dispositif de Santé et de Protection Sociale |
| DHS | Enquête Démographique et de Santé |
| IMF | Institution de Microfinance |
| CSPS | Centre de Santé et de Promotion Sociale |
| ECR | Essai Contrôlé Randomisé |

Table des matières

Table des matières

| | |
|---|----|
| LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS..... | 1 |
| SYNTHESE | 3 |
| Section I. Introduction..... | 5 |
| A. Contexte de l'étude..... | 5 |
| B. Le Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) mis en place | 5 |
| C. Les partenaires | 6 |
| Partie 1 : | 8 |
| Analyse descriptive des résultats de l'enquête de fin d'étude | 8 |
| Section II. Caractéristiques de l'échantillon | 9 |
| A. Profil de l'individu | 9 |
| B. Caractéristiques du ménage de l'individu..... | 11 |
| C. Profil YIKRI (épargnant/emprunteurs) | 13 |
| Section III. Les comportements de santé des enquêtés..... | 15 |
| A. Etat de santé des répondants | 15 |
| B. Parcours de soins | 17 |
| C. Dépenses de santé | 21 |
| D. Adhésions à Tond Laafi et utilisation du service..... | 22 |
| Section IV. Analyse différenciée selon le genre | 23 |
| A. Partage du revenu au sein du ménage | 24 |
| B. Prise de décisions | 24 |
| C. Perception de l'état de santé des femmes..... | 26 |
| D. Vignettes | 27 |
| Partie 2 : | 31 |
| Evaluation d'impact du DSPS..... | 31 |
| Section V. Méthodologie d'évaluation du DSPS..... | 32 |
| A. Cadre expérimental | 32 |
| B. Stratégie économétrique | 34 |
| Section VI. Impact de la micro-assurance santé sur les comportements de santé | 35 |
| A. Recours aux soins | 36 |
| C. Dépenses de santé..... | 38 |
| D. Etat de santé..... | 39 |
| E. Autonomisation des femmes | 40 |

SYNTHESE

En 2018, ATIA a accompagné la création du Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) TOND LAAFI au Burkina Faso et plus spécifiquement à Ouagadougou et ses environs. Tond Laafi est une association burkinabè à vocation de mutuelle sociale. Elle fournit un service de micro-assurance santé et un service d'accompagnement médico-social à destination des micro-entrepreneurs de l'institution de microfinance YIKRI et de leur famille. ATIA a voulu profiter de cette création d'une nouvelle mutuelle pour adosser une « recherche-action ». En collaboration avec l'Université de Bordeaux, l'objectif est de mesurer l'impact de la mutuelle d'une part sur le recours aux soins et d'autre part sur la sécurisation de leur situation socio-économique.

Pour évaluer l'efficacité du DSPS de Tond Laafi, l'équipe de recherche a opté pour la Méthode de Randomized Controlled Trial (RCT), également appelée Expérience d'Assignment Aléatoire ou Essai Contrôlé Randomisé (ECR). Cette méthode a permis de suivre, pendant environ deux ans, un groupe de traitement (qui a eu accès au DSPS) et un groupe de contrôle (qui n'y a pas eu accès). Environ 2 000 micro-emprunteurs (1 000 dans le groupe de contrôle et 1 000 dans le groupe de traitement) ont été enquêtés lors de l'enquête baseline début 2020 et lors de l'enquête endline début 2022.

Le présent rapport est basé sur les résultats de cette deuxième vague d'enquête qui visait à collecter des informations sur le profil des micro-emprunteurs (bénéficiaires de YIKRI) et leurs comportements en matière de santé. La première partie du rapport synthétise ainsi les données descriptives pour l'ensemble des enquêtés, c'est-à-dire une population hétérogène composée à la fois de bénéficiaires de Tond Laafi et de micro-entrepreneurs qui n'en sont pas membres. La deuxième partie du rapport présente les premiers résultats de l'évaluation d'impact du DSPS, en comparant la population du groupe de contrôle avec celle du groupe de traitement. Il faut noter que le délai entre les adhésions des personnes « traitées » et l'enquête endline a été court d'autant plus que le DSPS repose sur des changements de comportement dont les effets prennent du temps. L'enquête a d'ailleurs montré une corrélation entre la durée d'adhésion et l'utilisation du service de micro-assurance santé. Malgré ce faible recul, les résultats de l'évaluation, montrent déjà des impacts majeurs de Tond Laafi.

Comme le détaille le tableau récapitulatif ci-après, le DSPS a un impact fort sur l'amélioration du recours aux soins : il permet d'augmenter le recours à un prestataire de soins adapté et réduit le délai de ce recours aux soins. La micro-assurance santé augmente le recours au soin en CSPS (centre de santé de base) et réduit de manière conséquente l'auto-médication et le recours à un tradipraticien.

Le DSPS a également un très fort impact sur la sécurisation de la situation socio-économique des familles : bénéficier de TOND LAAFI permet de réduire la probabilité d'éprouver des difficultés de paiement pour des dépenses de santé. La baisse conséquente de ces dépenses permet de soulager la contrainte budgétaire et a un impact également sur leur activité génératrice de revenus économique, ce qui est crucial pour des micro-emprunteurs. A noter que ces micro-entrepreneurs évoluent dans le secteur informel et n'ont accès à aucune protection sociale, hormis Tond Laafi.

Enfin, ces impacts spécifiques du DSPS ont un impact plus global sur la santé des bénéficiaires. L'équipe de recherche a défini un score composite permettant de mesurer la santé émotionnelle (fréquence d'une anxiété, envie de pleurer, troubles de sommeil, sentiment de peur ou de manque d'énergie, difficulté de concentration, diminution de la performance et sentiment de solitude). L'évaluation montre que bénéficiaire de TOND LAAFI est associé à une santé émotionnelle significativement meilleure. Ce résultat peut être associé au fardeau financier et donc au poids mental que représente la gestion des dépenses de santé dans un ménage : l'assurance santé permet de réduire les conséquences financières d'un épisode de maladie, rendant son occurrence moins menaçante.

En bref, le service de micro-assurance santé :

- L'adhésion à la micro-assurance santé augmente le recours aux soins adaptés : augmentation de 14% du recours au soin en CSPS (centre de santé de base), diminution de l'automédication (-25%) sans consultation et le recours au tradi-praticien (-75%).
- L'adhésion à la micro-assurance santé diminue le délai de recours au soin : augmentation de 30% du recours au soin le jour même.
- Ainsi, si elle n'augmente pas la déclaration de recours au soin (déjà élevé), l'adhésion à la micro-assurance santé permet aux adhérents de recourir à des soins plus « formels » et plus rapidement.
- L'adhésion à la micro-assurance santé diminue significativement les dépenses directes de santé et diminuent les impacts sur l'activité génératrice de revenus d'un problème de santé : diminution de 36% des dépenses de santé déclarées sur l'année, diminution de 40% de la proportion d'enquêtés ayant des difficultés financières pour payer leurs dépenses de santé, diminution de 23% des enquêtés dont les dépenses de santé ont affecté les activités génératrices de revenus.
- L'adhésion à la micro-assurance santé améliore la santé mentale des adhérents : amélioration de 10% du score de santé émotionnelle.
- L'adhésion à la micro-assurance santé permet d'augmenter le pouvoir de décision des femmes au sein de leur ménage.
- Plus la durée d'adhésion augmente, plus l'utilisation du service de micro-assurance santé (la prise en charge des dépenses de soins par Tond Laafi) aussi, ce qui suggère bien un effet temps dans le changement des comportements.
- L'utilisation de la prise en charge par Tond Laafi augmente l'achat de médicaments en pharmacie par rapport aux autres sources d'approvisionnement en médicaments (plantes, stock de médicaments, médicaments de rue) : parmi les enquêtés qui déclarent avoir bénéficié de cette prise en charge, 93% ont acheté leurs médicaments en pharmacie, contre 78% pour ceux qui n'en ont pas bénéficié.
- L'utilisation de la prise en charge par Tond Laafi favorise l'achat des médicaments et diminue le tri : parmi les enquêtés qui déclarent avoir bénéficié de cette prise en charge, 2.40% seulement ont fait le tri dans les médicaments à acheter contre 17.25% parmi ceux qui n'en ont pas bénéficié.

Section I. Introduction

EN BREF

- Résultats d'un projet de recherche-action à Ouagadougou, Burkina Faso, concernant un produit de micro-assurance santé doté d'un accompagnement médico-social
- Association de micro-assurance adossée à une organisation de microcrédit : groupes similaires, calendriers d'adhésion synchronisés entre obtention d'un crédit et adhésion à l'assurance
- Évaluation d'impact de ce dispositif de santé et de protection sociale grâce à une randomisation au niveau des groupements de microcrédit, durant 2 ans

Le présent rapport est basé sur les résultats de la deuxième vague de l'enquête ATIA-Tond Laafi-Université de Bordeaux réalisée en Janvier et Février 2022. Cette enquête de fin d'étude s'inscrit dans le projet d'évaluation de l'impact du Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) proposé par ATIA/Tond Laafi et mis en place en septembre 2020 auprès des bénéficiaires de YIKRI. Cette enquête de fin d'étude a été menée auprès de 1789 bénéficiaires et vise à collecter des informations sur le profil des bénéficiaires de YIKRI et leurs comportements en matière de santé, en vue de la future évaluation du DSPS. Elle vient compléter une première vague d'enquête effectuée en janvier et février 2020.

A. Contexte de l'étude.

L'un des objectifs d'ATIA consiste en l'amélioration de l'accès aux soins et à la sécurisation de la situation socio-économique des familles vulnérables. Dans cette optique, l'équipe d'ATIA met en œuvre des DSPS au bénéfice des familles vulnérables depuis environ 20 ans (Inde, Madagascar, Bangladesh) et a étendu ses activités au Burkina Faso en 2018. Le Burkina Faso fait partie des pays les moins avancés au monde : son Indice de Développement Humain le classe au 184ème rang sur 191 (PNUD, 2021). Les conditions de vie montrent que 43.9 % des ménages burkinabé vivent en dessous du seuil de pauvreté estimé à 108 454 francs CFA par an, soit 9037 francs CFA par mois (Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages, EICVM 2009). Le démarrage d'un nouveau programme au Burkina Faso a ouvert l'opportunité de travailler en étroite collaboration avec l'Université de Bordeaux, dans le cadre de la recherche-action, afin de mesurer l'impact du dispositif DSPS d'ATIA sur l'accès aux soins des familles vulnérables. Deux questions de recherche sont envisagées : (1) le modèle de DSPS d'ATIA est-il efficace pour améliorer l'accès aux soins des familles vulnérables ? (2) Le cas échéant, quels sont les facteurs clés de succès ? A cet effet, une première enquête (Baseline) a été menée auprès de 2 066 bénéficiaires en janvier et février 2020 et la deuxième enquête (endline) a été menée auprès de 1 789 bénéficiaires en janvier et février 2022.

B. Le Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) mis en place

Les familles vulnérables des quartiers précaires de Ouagadougou ont besoin d'avoir accès massivement à une protection sociale de santé mais les systèmes existants sont peu nombreux et peu adaptés. Selon l'étude de faisabilité du Dispositif de Santé et Protection Sociale (DSPS) de Tond Laafi à destination des micro-entrepreneurs du secteur informel et de leur famille, les populations des zones dites non loties ne bénéficient d'aucune couverture santé. Cette précarité entraîne non seulement des retards ou des renoncements aux soins mais aussi une détérioration de l'activité génératrice de revenus et un appauvrissement de la famille. C'est dans ces quartiers, sous-dotés en services de base et où se concentrent les

populations vulnérables, que Tond Laafi intervient. Pour répondre à ce besoin, ATIA a défini un modèle de DSPTS.

La mise en place du DSPTS Tond Laafi se fait graduellement auprès des bénéficiaires d'une institution de microcrédit partenaire, YIKRI. Cette IMF propose depuis plusieurs années des produits d'épargne et de microcrédit à des populations vulnérables, en particulier des femmes (90% des bénéficiaires). Les bénéficiaires sont organisés en groupements de 30 à 40 personnes environ, qui se réunissent de façon mensuelle pour rembourser ou contracter des crédits, et recevoir des modules de formation de base sur l'entrepreneuriat et la comptabilité.

Le modèle de DSPTS d'ATIA intègre une combinaison de cinq facteurs-clé :

- un ciblage des populations vulnérables (car elles nécessitent des services adaptés), garanti par la collaboration avec une structure locale (YIKRI) implantée dans les quartiers précaires et par l'utilisation d'un outil de mesure de la pauvreté
- une micro-assurance santé basée sur une cotisation adaptée car la capacité à payer des familles cibles est faible
- un accompagnement médico-social de proximité, fréquent et individualisé car ces familles sont davantage confrontées à des barrières psychologiques et socio-culturelles
- un mécanisme d'adhésion obligatoire, car l'adhésion volontaire tend à laisser à l'écart les familles vulnérables, nécessite une prospection de nouveaux adhérents et un recouvrement de la cotisation chronophage et coûteux, et limite la croissance du nombre de bénéficiaires
- une cotisation intégrant les coûts des services financiers et sociaux (c'est-à-dire le coût réel et nécessaire du dispositif), et subventionnée car les familles pauvres ne peuvent pas la payer intégralement.

La mise en place de Tond Laafi s'est faite graduellement, couvrant une par une les agences de l'IMF YIKRI. La première agence concernée a été celle de Tampouy (premières adhésions en juin 2019), les deux agences suivantes étant celles de Somgandé et Saaba en juillet 2020. En juin 2022, TOND LAAFI couvrait les six agences des environs de Ouagadougou où intervient YIKRI. L'adhésion est obligatoire pour les emprunteur.se.s et volontaire pour les autres micro-entrepreneur.se.s. En juin 2022, Tond Laafi comptait 9 682 familles adhérentes (36 359 personnes). L'adhésion étant familiale, les femmes et les enfants représentent la majorité des bénéficiaires du projet. Ce sont dans les agences de Somgandé et Saaba que les enquêtes et l'évaluation d'impact sont menées. L'enquête étudiée dans le présent rapport reporte donc les résultats de ces deux agences.

C. Les partenaires

Les acteurs du projet, avec leurs rôles, sont les suivants :

Tond Laafi

Tond Laafi est l'organisation responsable de la conduite de la collecte des données sur le terrain. Particulièrement, les personnes impliquées dans le projet de recherche sont les suivantes :

- Yvonne Allard, Directrice de Tond Laafi
- Souleymane Kountoubéré, analyste à Tond Laafi, assiste l'équipe de recherche dans la conception, la traduction, et les tests des questionnaires en langue locale

L'Université de Bordeaux

L'université de Bordeaux possède plusieurs centres de recherche spécialisés en Economie du développement (Larefi-Gretha), et en santé publique (ISPED). De nombreuses évaluations y sont effectuées, sur le plan national et international. En particulier, les deux laboratoires de recherche ont des relations privilégiées avec de nombreux pays en développement, notamment pour la réalisation de travaux de recherches coopératifs. Les chercheurs de l'Université de Bordeaux associés au projet sont :

- Delphine Boutin, Maitre de Conférences spécialisée en économie dans les pays africains, est le point focal de l'équipe de recherche et l'Investigatrice Principale de ce projet. Elle a conçu l'enquête et le design de l'évaluation et co-rédige le présent rapport.
- Maxime Dulugat, stagiaire sous la supervision de Delphine Boutin, dans le cadre de son Master Recherche.

Laurène Petitfour, chercheuse en économie, a participé à la conception des questionnaires et la collecte de données, et co-rédige le présent rapport. Pour cette évaluation d'impact elle collabore avec l'Université de Bordeaux en tant que chercheuse indépendante.

ATIA

L'équipe d'ATIA met en œuvre des DSPS au bénéfice des familles vulnérables depuis environ 20 ans, initialement en Inde puis progressivement à Madagascar, au Burkina Faso et au Bangladesh. ATIA a progressivement consolidé son action dont l'objectif est l'amélioration de l'accès aux soins et la sécurisation de la situation socio-économique des familles vulnérables. ATIA a également bénéficié d'évaluations externes ponctuelles et courtes mais qui n'avaient pas la rigueur d'une étude scientifique. Dans le cadre de cette enquête ATIA a un rôle de supervision de la collecte.

YIKRI

YIKRI est une association de microcrédit implantée depuis plusieurs années au Burkina Faso. YIKRI n'est pas directement impliqué dans la collecte de données, mais a un rôle de partenaire logistique puisque l'unité d'étude est le groupement de microcrédit. C'est donc YIKRI qui va fournir la liste des groupements par exemple.

Partie 1 :

Analyse descriptive des
résultats de l'enquête
de fin d'étude

Section II. Caractéristiques de l'échantillon

EN BREF

- Echantillon largement féminin, avec un âge moyen de 41 ans, dont plus de la moitié des enquêtés n'ont jamais été scolarisés et deux-tiers ne savent ni lire ni écrire
- Echantillon de commerçants, sédentaires (65%) ou ambulants (17%)
- 88% d'emprunteurs à Yikri, 12% d'épargnants

A. Profil de l'individu

Environ 90% des 1789 individus enquêtés sont des femmes, majoritairement dû au fait que les crédits leur sont prioritairement attribués au sein de YIKRI (Tableau II 1). L'âge médian des bénéficiaires est de 40 ans, ce qui signifie qu'autant d'individus sont âgés de 18 à 40 ans qu'entre 41 et 65 ans. Le bénéficiaire moyen est âgé de 41 ans. En termes de répartition entre les différentes catégories d'âge, on trouve que 9% des enquêtés ont entre 18 et 29 ans, 31% entre 30 et 39 ans, 25% entre 40 et 49 ans et 35% ont plus de 49 ans.

La grande majorité des individus sont mariés, dans une union monogame (71%) ou polygame (15%). Les enquêtés sont majoritairement musulmans (71%) et d'origine Mossi (84%). Un tiers d'entre-eux (36%) sont nés et ont grandi à Ouagadougou, alors que près de la moitié (46%) proviennent d'une autre région du Burkina Faso. Enfin 8% sont étrangers (en grande majorité de Côte d'Ivoire). Les répondants ont en moyenne 4 enfants. 26% d'entre eux ont eu au moins 1 enfant mort au cours de leurs vies. Enfin 10% des répondants ont eu un bébé au cours de l'année précédant l'enquête.

Tableau 0-1 Caractéristiques démographiques des individus de l'échantillon

| | Nombre d'observations | Proportion |
|---|-----------------------|------------|
| Genre | | |
| Homme | 183 | 10,23 |
| Femme | 1606 | 89,77 |
| Catégorie d'âge | | |
| 18-29 ans | 180 | 8,56 |
| 30-39 ans | 657 | 31,26 |
| 40-49 ans | 524 | 24,93 |
| Plus de 49 ans | 741 | 35,25 |
| Statut marital | | |
| Célibataire | 40 | 2,24 |
| Marié (polygame) | 268 | 14,98 |
| Marié (monogame) | 1268 | 70,88 |
| Divorcé | 25 | 1,40 |
| Veuf | 187 | 10,45 |
| Nombre moyen d'épouse si marié polygame | | 2,24 |
| Religion | | |
| Musulmane | 1266 | 70,77 |
| Catholique | 421 | 23,53 |
| Protestant | 100 | 5,59 |

| Groupe ethnique | | |
|--|------|-------|
| Mossi | 1511 | 84,46 |
| Autre | 278 | 15,54 |
| Lieu d'origine | | |
| Né à Ouagadougou | 655 | 36,61 |
| Né dans une autre province du Burkina Faso | 964 | 45,86 |
| Né à l'étranger | 170 | 8,09 |

Le tableau II-2 présente les caractéristiques d'éducation et d'emploi des 1789 enquêtés. Près de 70% des individus de l'échantillon ne savent ni lire ni écrire, et 56% d'entre eux n'ont jamais été scolarisés. Parmi les scolarisés, une grande partie s'est arrêtée au niveau primaire (65%). Près d'un tiers (30%) possède un niveau d'éducation secondaire (collège) et une très faible proportion (5%) a effectué le lycée ou des études supérieures. Seuls 14 individus (sur les 1789 interrogés) ont entamé un cycle d'étude supérieur (10 hommes et 4 femmes). La quasi-totalité des individus ont travaillé au cours de la semaine précédant les enquêtes (95%). Notre échantillon est quasi-exclusivement constitué de travailleurs auto-employés (96%), dans des activités de commerce sédentaire (65%), ambulant (17%) ou dans l'artisanat (11%).

Tableau 0-2: Niveau d'éducation et occupation des individus de l'échantillon

| | Nombre d'observations | Proportion |
|---|------------------------------|-------------------|
| Education | | |
| Sait lire et écrire | 658 | 31,30 |
| Jamais scolarisé | 1010 | 56,46 |
| Primaire | 501 | 64,73 |
| Collège | 236 | 30,49 |
| Lycée ou supérieur | 37 | 4,78 |
| Travail | | |
| A travaillé au cours des 7 derniers jours | 1682 | 94,97 |
| Statut d'emploi | | |
| Salarié à temps plein | 25 | 1,40 |
| Auto-employé | 1709 | 95,96 |
| Salarié à temps partiel | 29 | 1,63 |
| Chômeur / À la recherche d'un emploi | 18 | 1,01 |
| Secteur d'activité | | |
| Agriculture/ Elevage | 67 | 3,80 |
| Artisanat | 197 | 11,17 |
| Commerce sédentaire | 1155 | 65,48 |
| Commerce ambulant | 294 | 16,67 |
| Employé | 1 | 0,06 |
| Autre | 50 | 2,83 |

Le tableau II-3 présente des statistiques plus complètes sur le statut de l'emploi occupé. La majorité des emplois occupés sont dans le secteur informel. Une très faible proportion des individus possède une activité enregistrée (5%), ou un contrat de travail (1%) ou encore est enregistrée à la CNSS (2%). Seuls 3% des répondants exercent leur activité dans un local fixe et 18% sur un marché. 28% travaillent depuis leur domicile. Enfin, plus d'un quart (31%) des

répondants exercent sur la voie publique, dont 7% sur un poste improvisé. Le nombre d'heures travaillées quotidiennes est assez important puisque 53% travaillent entre 8h et 12h par jour et 20% entre 12h et 16h par jour. Une proportion non négligeable des enquêtés (5%) travaillent plus de 16h par jour.

Tableau II-3. Autres caractéristiques d'emploi de l'échantillon

| | Nombre d'observations | Proportion |
|--|-----------------------|------------|
| Formalité de l'emploi | | |
| Activité enregistrée | 92 | 5,2 |
| Contrat de travail | 23 | 1,3 |
| Accès à la CNSS | 39 | 2,2 |
| Lieu d'exercice | | |
| Ambulant, nomade | 245 | 13,96 |
| Poste improvisé sur la voie publique | 116 | 6,61 |
| Poste fixe sur la voie publique | 430 | 24,50 |
| Véhicule/Moto/Vélo/Charrette/Porte-tout | 23 | 1,31 |
| Domicile des clients | 51 | 2,91 |
| Dans votre domicile sans installation particulière | 215 | 12,25 |
| Dans votre domicile avec une installation particulière | 268 | 15,27 |
| Marché/Place du marché | 324 | 18,46 |
| Local professionnel (bureau, usine, magasin, entrepôt) | 46 | 2,62 |
| Plantation/Champ/Etang/Rivière | 34 | 1,94 |
| Activité secondaire | | |
| Perçoit un revenu issu d'une autre activité (total) | 184 | 10,39 |
| Dont issu : | | |
| De la vente (produits agricoles, bétail, autre) | 38 | 2,12 |
| D'un petit commerce/entreprise en tant que propriétaire | 52 | 2,91 |
| D'un autre emploi (entreprise, fonctionnaire, exploitation agricole) | 35 | 1,96 |
| De versements - sommes d'argent données par des amis/membres de la famille | 3 | 0,17 |
| Nombre d'heures travaillées par jour | | |
| Moins de 8h | 400 | 22,59 |
| Entre 8h et 12h | 937 | 52,91 |
| Entre 12h et 16h | 349 | 19,71 |
| Plus de 16h | 84 | 4,74 |

B. Caractéristiques du ménage de l'individu

Afin de mieux comprendre les conditions de vie des bénéficiaires, nous avons également collecté des informations sur les caractéristiques des ménages des individus enquêtés, présentées dans le tableau II-4 et sur le graphique II-1.

Les conditions de vie des ménages des individus enquêtés sont assez précaires. 78% possèdent l'électricité dans leur foyer et 44% possèdent une source d'eau à l'intérieur de leur foyer. Parmi les 56% ne possédant pas d'eau, le temps de trajet pour aller chercher de l'eau est relativement long, puisqu'il est de 43 min en moyenne. Par ailleurs, l'utilisation de latrines est très répandue, puisque cela concerne 79% des ménages. Bien que l'électricité soit répandue,

elle n'est pas utilisée pour la climatisation de l'air ni comme combustible pour la cuisine. Au contraire, des matériaux comme le pétrole (69%), le charbon (75%) ou le bois (54%) sont préférés en dépit des éventuels risques sanitaires que cela peut causer.

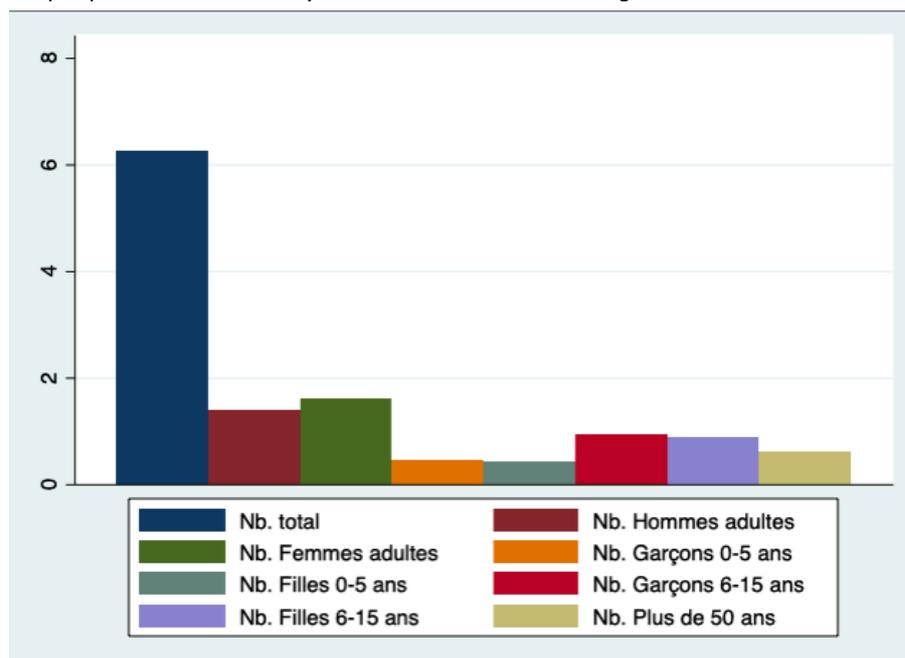
Concernant les biens possédés par les ménages, le téléphone portable est extrêmement répandu (99%). En revanche, 56% possèdent une télévision et seulement 8% un réfrigérateur. La majorité des enquêtés possèdent un moyen de locomotion comme la voiture (6%), la moto (88%) ou le vélo (94%). Enfin près de 6% des ménages possèdent des terres cultivables.

Tableau II-4: Caractéristiques des ménages des individus

| | Nombre d'observations | Proportion |
|--|-----------------------|------------|
| Conditions de vie | | |
| Électricité | 1392 | 77,81 |
| Source d'eau située à l'extérieur du logement | 1006 | 56,23 |
| Temps moyen pour chercher de l'eau (en min) | | 42,61 |
| Latrines | 1408 | 78,70 |
| Utilisation du pétrole comme combustible pour la cuisine | 1235 | 69,03 |
| Utilisation du charbon comme combustible pour la cuisine | 1348 | 75,35 |
| Utilisation du bois comme combustible pour la cuisine | 972 | 54,33 |
| Biens du ménage | | |
| Téléphone portable | 1776 | 99,27 |
| Télévision | 1007 | 56,29 |
| Frigo | 137 | 7,66 |
| Voiture | 110 | 6,15 |
| Moto | 1572 | 87,87 |
| Vélo | 1685 | 94,19 |
| Terres cultivables | 101 | 5,65 |

Le graphique II-1 ci-dessous illustre la composition des ménages de l'échantillon. Le ménage type est composé en moyenne de 6,26 individus, dont 3 adultes (1,6 femmes en moyenne et 1,4 hommes en moyenne), 2 enfants entre 6 et 15 ans, 1 enfant de moins de 5 ans et en moyenne un peu moins d'une personne âgée de plus de 50 ans prise en charge par le ménage. Cette analyse de la composition des ménages est importante car seuls 3 ayants-droits par ménage pourront bénéficier également du dispositif d'assurance-maladie. Des analyses supplémentaires seront alors nécessaires pour analyser plus en détail le choix des ayants-droits.

Graphique II-1: Nombre moyen d'individus dans le ménage



C. Profil YIKRI (épargnant/emprunteurs)

Deux types de services sont proposés chez YIKRI: de l'épargne uniquement et un double-service de micro-crédit et d'épargne. Parmi les enquêtés, 12% déclarent être épargnants seulement, tandis que 88% utilisent (ou ont utilisé) aussi le service de microcrédit de YIKRI (tableau II-5). À titre de rappel, seuls les membres YIKRI possédant un micro-crédit ont l'obligation de contracter l'assurance-maladie. Le dispositif d'assurance-maladie est toutefois disponible pour les épargnants uniquement, sur la base du volontariat. La majorité des bénéficiaires ont désormais gagné en ancienneté au sein de YIKRI (par rapport à l'enquête de référence faite en 2020) : 79% ont contracté un service YIKRI il y a plus de 2 ans.

Les bénéficiaires de YIKRI sont solidaires entre eux au sein d'un même groupement. Chaque groupement est de taille variable (entre 20 et 40 bénéficiaires), et possède un.e président.e de groupement. 4% des enquêtés sont président.es. Il est ainsi intéressant de regarder la position de chaque enquêté par rapport au.à la président.e de son groupe. La majorité (70%) des enquêtés sont de simples connaissances du.de la président.e, 11% sont amis et 5% sont apparentés (hors ménage). Enfin, 7% des individus enquêtés possèdent au moins un membre de son ménage dans un autre groupement bénéficiaire de YIKRI.

Tableau II-5 : Profils financiers des bénéficiaires Yikri

| | Nombre d'observations | Proportion |
|---------------------------------------|-----------------------|------------|
| Type de services Yikri utilisé | | |
| Epargne uniquement | 205 | 11,52 |
| Microcrédit et épargne | 1575 | 88,48 |
| Ancienneté au sein de Yikri | | |
| Moins de 6 mois | 188 | 10,82 |
| Entre 6 mois et 1 an | 54 | 3,11 |
| Entre 1 ans et 2 ans | 122 | 7,02 |

| | | |
|--|------|-------|
| Plus de 2 ans | 1373 | 79,00 |
| Position au sein du groupement | | |
| Président.e | 94 | 4,47 |
| Apparenté (hors ménage) | 93 | 5,49 |
| Amis | 183 | 10,80 |
| Connaissance | 1176 | 69,38 |
| Collègues | 25 | 1,47 |
| Voisins | 20 | 1,18 |
| Connu par Yikri | 198 | 11,68 |
| Membres du ménage également bénéficiaire Yikri | | |
| Possède au moins un membre de son ménage bénéficiaire de Yikri | 134 | 7,49 |
| Un membre du ménage | 70 | 52,24 |
| Deux membres du ménage | 17 | 12,69 |
| Plus de 2 membres du ménage | 47 | 35,07 |

En moyenne, les répondants sont endettés à hauteur de 465.000 Francs CFA au niveau de leur ménage (711 euros¹ en juillet 2022). 76% des répondants déclarent avoir contracté un crédit Yikri au cours des 12 derniers mois. Peu de personnes (environ 7%) déclarent avoir eu des difficultés de remboursement de ce crédit ou anticipent de rencontrer des difficultés pour les futurs versements (Tableau III-6). Le tableau III-6 rapporte également les différents postes d'utilisation du crédit YIKRI par les bénéficiaires. La plupart des bénéficiaires (98%) utilise leur financement de crédit pour l'achat de matériel productif à destination d'une activité commerciale et 12% pour la création d'une activité commerciale, Enfin, très peu de bénéficiaires ont attribué le financement à des postes de consommation médicale (3%), scolaire (3%) ou alimentaire (3%).

Un quart (24%) des répondants n'a pas contracté de crédit Yikri au cours des 12 derniers mois. Pour 41% d'entre eux, un crédit n'a pas été demandé car il n'y en avait pas besoin. En revanche, un crédit aurait été souhaité pour quasiment 60% des répondants n'ayant pas de contracté de crédit Yikri au cours des 12 derniers mois. Les raisons sont diverses allant de la peur de l'endettement (20%), d'un manque d'accès au crédit (7%), de collatéraux insuffisants (5%) ou d'un refus de dossier par Yikri (4%).

Tableau II-6: Profils financiers des bénéficiaires Yikri

| | Nombre d'observations | Proportion |
|---|-----------------------|------------|
| A contracté un crédit au cours des 12 derniers mois | 1363 | 76.19 |
| <i>Utilisation du crédit</i> | | |
| Pour l'achat de matériel productif | 1342 | 98,46 |
| Pour la création d'un commerce | 164 | 12,03 |
| Pour le règlement de frais médicaux | 45 | 3,30 |
| Pour le règlement de frais de scolarité | 43 | 3,15 |
| Pour l'achat de biens alimentaires | 36 | 2,64 |
| Difficultés de remboursement | 95 | 6,97 |
| <i>Raison de l'absence de crédit</i> | | |

¹ Conversion non corrigée de la parité des pouvoirs d'achats.

| | | |
|------------------------------|-----|-------|
| N'a pas eu besoin de crédit | 172 | 40,76 |
| Refusé par Yikri | 16 | 3,79 |
| Taux d'intérêt trop élevé | 2 | 0,47 |
| Collatéral insuffisant | 22 | 5,21 |
| Pas d'accès au crédit | 17 | 4,03 |
| Ne souhaite pas être endetté | 82 | 19,43 |

Section III. Les comportements de santé des enquêtés

EN BREF : POUR L'ENSEMBLE DES ENQUETES (ADHERENTS ET NON ADHERENTS A TOND LAAFI)

- Le taux de recours au soin dans un centre de soin conventionné et le jour même ou le lendemain de l'apparition des symptômes est de 47%. En effet, si 80% des personnes de l'échantillon (adhérents et non adhérents à TOND LAAFI) déclarent « recourir en aux soins », en réalité, 25% d'entre eux ne sont pas allés dans un centre de santé reconnu, et un quart de ceux qui sont allés dans un centre reconnu ont attendu 2 jours ou plus pour se faire soigner.
- L'automédication est largement répandue, avec des anciens stocks de médicaments ou des médicaments de rue. Elle retarde ou remplace une vraie consultation dans bien des cas
- Les enquêtés supportent seuls ou avec leur entourage leurs dépenses de santé, ce qui les pousse à utiliser des ressources non destinées à la santé, avec des conséquences sur leurs activités

A. Etat de santé des répondants

L'état de santé général d'un individu est multidimensionnel et difficilement mesurable à partir de critères objectifs. Il est courant d'utiliser l'évaluation subjective de l'état de santé pour appréhender le niveau de santé global des individus.² L'enquête révèle que l'évaluation subjective de l'état de santé des répondants (Tableau III-1) est en moyenne plutôt bonne (pour 76% d'entre eux), voire très bonne (13%). Seul 10% des individus se déclarent être en mauvaise santé.

Tableau III-1 : Etat de santé subjectif des répondants

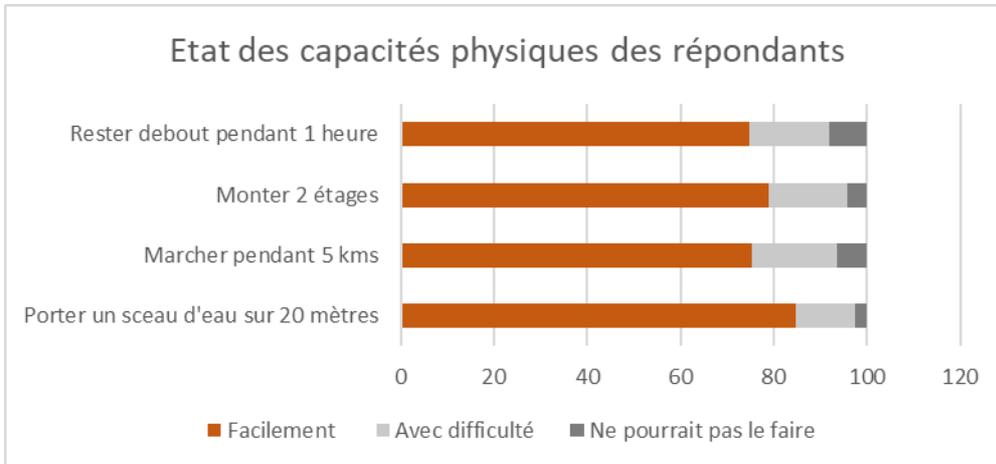
| | Total | Adhérent Tond Laafi | Non adhérent Tond Laafi |
|---------------------|-------|---------------------|-------------------------|
| Santé subjective | | | |
| Très bonne | 13.13 | 16.35 | 10.21 |
| Bonne | 76.48 | 73.53 | 79.15 |
| Mauvaise santé | 10.28 | 10.00 | 10.53 |
| Très mauvaise santé | 0.11 | 0.12 | 0.11 |

Ces auto-évaluations comportent des biais, notamment liés à la capacité et à la disposition des individus à fournir des réponses sensées sur leur état de santé général et leur état émotionnel. Nous avons complété l'évaluation de l'état de santé des individus en leur posant des questions relatives à leurs capacités physiques objectives (Graph III-1). Près d'un quart des enquêtés déclare ne pas se sentir capable de rester debout pendant 1 heure ou marcher 5 kilomètres sans éprouver de difficultés. Environ 20% d'entre eux estiment ne pas être en

² Cette approche, se basant sur le principe que le niveau de santé subjectif est le reflet du niveau de santé objectif, est validée par l'observation d'une très forte corrélation entre les indicateurs objectifs de la santé et le niveau de santé perçu.

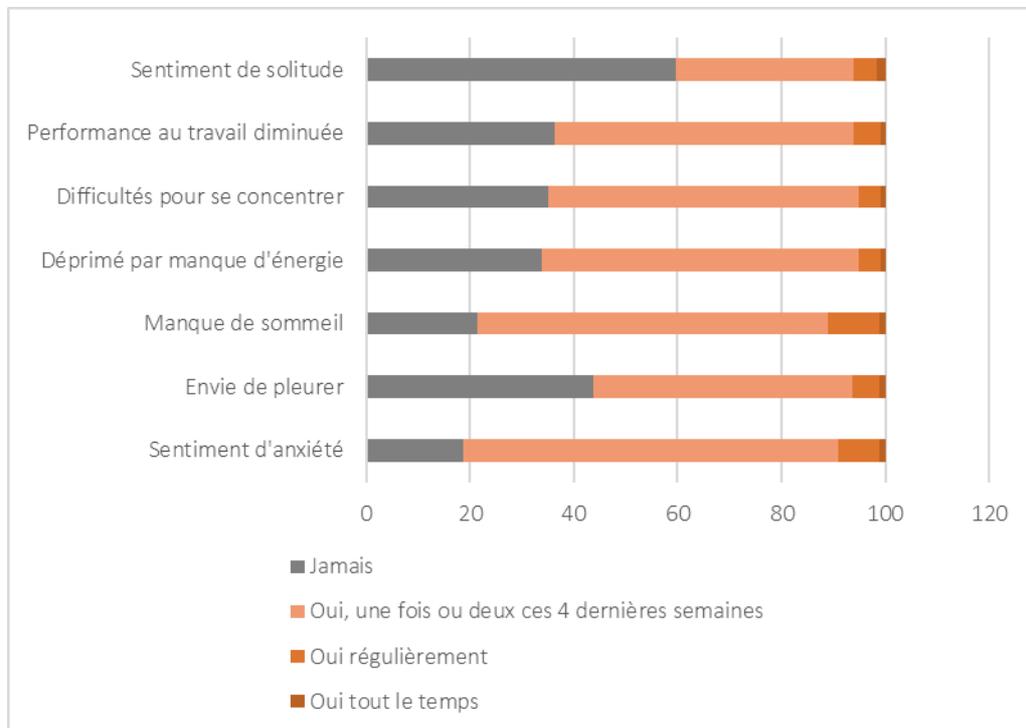
capacité de monter 2 étages ou de porter un seau d'eau sur 20 mètres sans éprouver de difficulté.

Graph III-1: Etat des capacités physiques des répondants



Les enquêtés ont aussi été interrogés sur leur santé émotionnelle, à l'aide de questions inspirées de l'échelle Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS). 9% des individus déclarent faire face à un sentiment d'anxiété de manière régulière ou systématique et 11% déclarent souvent manquer de sommeil (Graph III-2). Enfin, 6% des répondants confient qu'ils ont régulièrement ou tout le temps envie de pleurer, se sentent seuls ou ont leurs performances liées au travail diminuées en raison de ces aspects émotionnels.

Graph III-2 : Evaluation subjective de l'état de santé émotionnelle des répondants

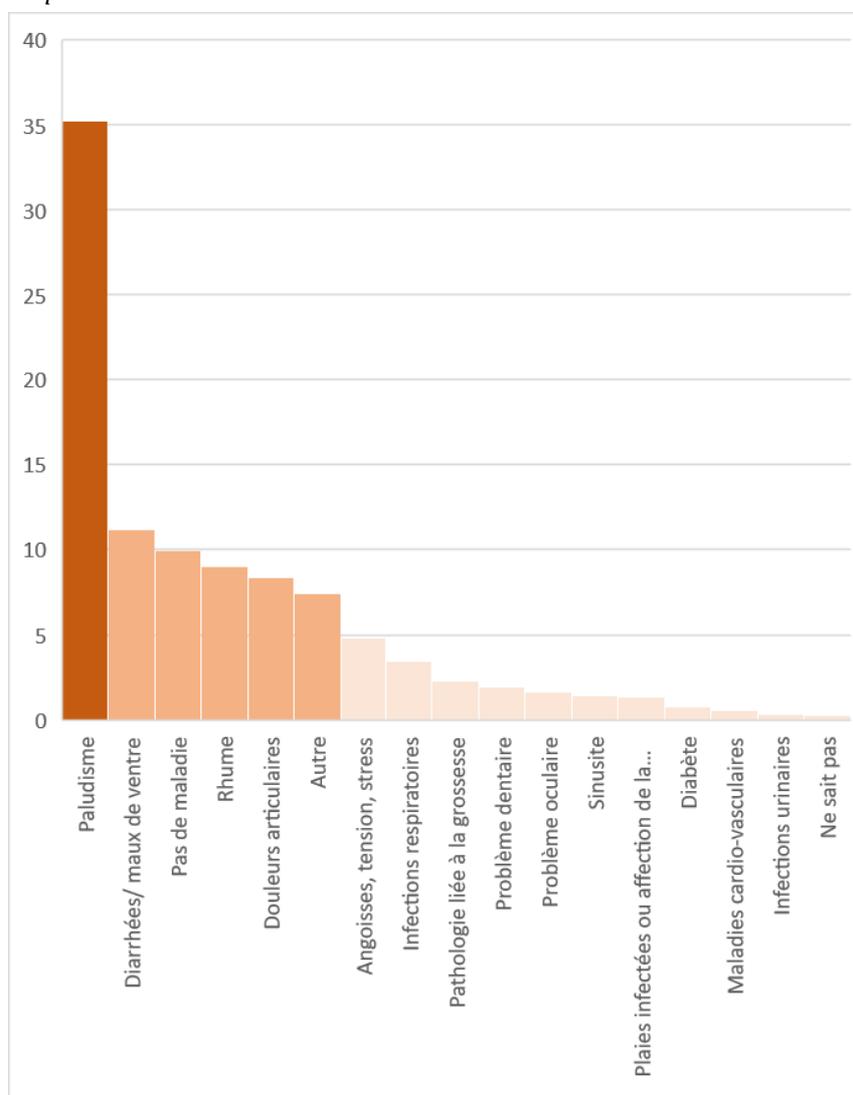


Le paludisme est la maladie la plus évoquée : plus d'1 enquêté sur 3 déclare avoir fait une crise de paludisme, et ce résultat ne varie que très peu si l'on considère seulement les maladies

survenues au cours des trois mois précédant l'enquête. La vaste majorité des répondants (99.26%) et de leurs familles dorment sous une moustiquaire. En moyenne, 5 membres de chaque ménage utilisent des moustiquaires, et plus de 80% l'utilisent depuis plus de 5 ans. Les moustiquaires sont plutôt récentes, puisque la possession de la plus vieille date en moyenne d'1 an et demi. Les autres maux les plus cités sont les diarrhées/maux de ventre (11% des enquêtés), les rhumes (9%), et les douleurs articulaires (8%). 43 % ont dû interrompre leur travail en raison du dernier épisode de maladie survenu (dont 19% une interruption de plus de 3 jours).

Par ailleurs, nous avons demandé aux enquêtés s'ils souffraient de maladies chroniques. Près d'un quart d'entre eux auraient été atteints d'au moins une maladie chronique (24%). Les angoisses et le stress (9%), ou les maux de dos (5%) sont les plus fréquentes.

Graph III-3: Dernière maladie déclarée³



B. Parcours de soins

- Les modalités du recours au soin

³ Afin de limiter le biais de mémoire, nous avons restreint l'échantillon de cette section aux individus ayant été malades dans les 3 mois précédents l'enquête uniquement.

Au cours de leur dernier épisode de maladie, 85% des enquêtés sont allés rechercher des conseils ou un traitement, à quelque moment que ce soit et à quelque endroit que ce soit. Lorsque le dernier épisode de maladie est survenu au cours des 3 derniers mois (moins soumis à des biais de mémoire), la recherche de conseils ou de traitement s'élève à 80%. Le recours au soin est donc relativement élevé (Tableau III-2).

Toutefois, une analyse plus détaillée des modalités du recours au soin montre que s'il est effectivement très majoritaire, le recours au soin est bien souvent inapproprié. Un quart des enquêtés qui ont eu recours à des soins ne sont pas allés dans un centre de santé conventionnel (CSPS, hôpital, centre de soin public ou privé), mais ont préféré l'automédication ou le tradipraticien (Tableau III-2). Le taux de recours dans un centre de santé conventionné est de 60 % et non pas de 80% (taux de recours à n'importe quel type de soin). Parmi les individus qui sont allés se faire soigner dans un centre de soin conventionné, environ 20% ont attendu deux jours ou plus après l'apparition des symptômes. Le taux de recours au soin dans un centre de soin conventionné et le jour même ou le lendemain de l'apparition des symptômes est de 47% (Tableau III-4).

Tableau III-2 : Recours aux soins

| | N'importe quel moment | Trois derniers mois |
|--|-----------------------|---------------------|
| Recherche de conseils ou de traitement | 84.68 | 79.69 |
| Total observations | 1606 | 1039 |
| Lieu de soins recherché | | |
| CSPS / CMS / CMU / clinique / cabinet de soins | 77.13 | 70.65 |
| Hôpital | 8.60 | 7.49 |
| Tradipraticien | 2.50 | 2.42 |
| Automédication | 20.44 | 27.90 |
| Total observations | 1360 | 828 |

En résumé, si 4 enquêtés malades (dans les 3 mois précédents l'enquête) sur 5 ont eu recours à des soins, moins de la moitié d'entre eux sont allés dans un centre de soin conventionné et dans un délai satisfaisant. Afin de comprendre les raisons de ces choix, nous avons interrogé les enquêtés sur les raisons du non-recours au soin et de l'attente avant d'avoir recours au soin (Tableau III-4). 42 % des enquêtés qui ne sont pas allés se faire soigner ont en fait utilisé l'automédication : stocks de médicaments déjà disponibles à la maison (26%), herbes (16%). L'argument financier est évoqué par un quart des enquêtés, et celui du temps est évoqué par 5% des enquêtés. Des raisons similaires sont évoquées par les enquêtés qui tardent à aller se faire soigner dans un centre de soins conventionné : la moitié déclare prendre des médicaments dans un premier temps, presque un quart (22%) attend par manque d'argent et 16% attendent par manque de temps. Les autres raisons sont marginales.

Tableau III-3 : Raisons de non-recours aux soins, pour ceux qui ont renoncé à tout type de soin

| | Total | Trois derniers mois |
|--------------------------------------|-------|---------------------|
| Stock de médicament disponible | 26.83 | 26.07 |
| Pas d'argent disponible | 23.17 | 24.17 |
| Préfère se soigner avec des herbes | 17.07 | 15.64 |
| Pas le temps | 5.28 | 5.21 |
| Ne pas déranger mari / belle-famille | 2.03 | 1.90 |

| | | |
|--|------------|------------|
| Lieux de soins éloignés | 0.41 | 0.47 |
| Redoute d'être mal accueilli par les soignants | 0.81 | 0.95 |
| Mal à l'aise pour consulter | 1.63 | 1.42 |
| Mari / belle-famille n'est pas d'accord | 0.00 | 0.00 |
| Total observations | 246 | 211 |

Tableau III-4 : Délai de recours aux soins des enquêtés ayant été se faire soigner au CSPS ou à l'hôpital

| | Total | Trois derniers mois |
|--|-------------|---------------------|
| Délai avant les soins | | |
| Le jour même | 51.09 | 51.54 |
| Le lendemain | 28.00 | 26.50 |
| Deux jours plus tard | 14.82 | 14.12 |
| Dans la semaine | 3.64 | 4.39 |
| Plus d'une semaine après | 2.45 | 2.44 |
| Total observations | 1100 | 615 |
| Raison d'attente (si soins > lendemain) | | |
| Consultation d'un tradipraticien d'abord | 1.95 | 3.07 |
| Attente de voir comment évoluait la maladie (pas d'argent) | 15.98 | 22.09 |
| Attente de voir comment évoluait la maladie (pas de temps) | 37.01 | 15.95 |
| Attente de l'accord du conjoint | 0.65 | 0.61 |
| Ne savait pas où se rendre | 0.97 | 0.00 |
| Prise de médicaments sans prescription | 41.88 | 53.99 |
| Autre | 1.95 | 4.29 |
| Total observations | 308 | 163 |
| Raison d'attente (si soins > surlendemain) | | |
| Consultation d'un tradipraticien d'abord | 3.68 | 1.08 |
| Attente de voir comment évoluait la maladie (pas d'argent) | 15.34 | 21.51 |
| Attente de voir comment évoluait la maladie (pas de temps) | 26.38 | 9.68 |
| Attente de l'accord du conjoint | 0.61 | 1.08 |
| Ne savait pas où se rendre | 1.84 | 0.00 |
| Prise de médicaments sans prescription | 49.69 | 63.44 |
| Autre | 2.45 | 3.23 |
| Total observations | 163 | 93 |

- La consommation médicamenteuse

Lors de l'enquête de base de 2020, il est apparu évident que la définition du recours au soin était loin d'être unique au sein de notre échantillon, et que s'en tenir à une dimension seule du recours au soin (par exemple, le fait d'aller dans un centre de soin, qu'il soit conventionné ou traditionnel) nous privait d'une partie non négligeable des formes de recours au soin. En outre, la première raison de non-recours au soin ou de retard au recours au soin (défini comme le fait d'aller en centre de santé) est la prise de médicaments ou de plantes à la maison, sans prescription (Tableaux III-3 et III-4). Il est donc essentiel d'inclure la consommation médicamenteuse dans l'analyse du parcours de soin. Nous avons donc affiné notre questionnaire entre l'enquête de base et l'enquête de fin d'étude afin de mieux comprendre ces différentes pratiques. Le questionnaire traite donc séparément du recours au soin lors de leur dernier épisode de maladie (« À n'importe quel moment au cours de votre dernier épisode de maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ? », voir Tableau III-2), et, ensuite, de la prise de médicaments lors de leur dernier épisode de maladie (« Avez-vous pris des médicaments pour soigner votre dernier épisode de maladie ? »).

La prise de médicaments est largement généralisée : 95% des enquêtés ayant été malades dans les trois mois précédents l'enquête ont pris des médicaments, quelle qu'ils soient

(prescrits par un soignant de centre de santé puis achetés en pharmacie, stock d'ancienne maladie, médicaments de rue, plantes ou traitements traditionnels). Ce taux de consommation médicamenteuse est bien supérieur au taux de recours au soin : en effet, parmi les enquêtés qui ont déclaré ne pas avoir recouru au soin lors de leur dernière maladie, presque 80% ont tout de même consommé des médicaments.

Toutefois, selon que les individus déclarent avoir recouru au soin ou non, la provenance des médicaments est différente. Dans l'échantillon global, les médicaments proviennent pour 71% de pharmacies officielles /dépôts officiels (privées ou publiques), pour 20% de sources autres (anciens stocks, médicaments de rue, plantes), et pour 9% à la fois de pharmacie et de sources autres. Si l'on ne considère que les individus qui déclarent ne pas avoir recouru au soin mais ont tout de même consommé des médicaments lors de leur dernière maladie (165 enquêtés), alors 42 % des médicaments seulement viennent de pharmacies, contre 48% d'anciens stocks et médicaments de rue, et 10% des deux sources. Une partie du recours au soin se fait donc par consommation médicamenteuse mais sans consultation préalable et prescription.

Les sources non-officielles de médicaments sont largement associées à des délais plus importants de recours au soin : 52% des enquêtés qui ont acheté leurs médicaments dans des pharmacies l'ont fait le jour même de l'apparition des symptômes (29% le lendemain). Parmi les individus qui ont acheté des médicaments à plusieurs endroits, ces proportions sont de 35% et 30%, tandis qu'elles sont de 30 et 39% pour ceux qui ont acheté leurs médicaments uniquement en dehors de dépôts de pharmacie.

En outre, le lieu d'achat des médicaments est associé à la sélection tri des médicaments : parmi les enquêtés qui ont acheté leurs médicaments en pharmacie uniquement, 93% ont acheté toute l'ordonnance, tandis qu'ils sont 87% dans ceux ayant acheté leurs médicaments à plusieurs endroits, et 62% quand ils ont acheté leurs médicaments uniquement en dehors de la pharmacie. Les individus qui sont allés ailleurs qu'en pharmacie déclarent aussi des dépenses en médicaments significativement moindres que les autres, confirmant l'hypothèse d'une plus grande sélection des médicaments.

- Le poids de l'automédication

Ces différents chiffres suggèrent que l'automédication, sous ses diverses formes, est une façon de se soigner à faible coût et à court terme en espérant que les symptômes disparaissent. Toutefois, la proportion d'enquêtés qui finissent par aller en centre de soin conventionnel (presque la moitié) souligne deux écueils de ce parcours de soin « typique » :

- En termes de santé et de délai de guérison, cette première étape d'automédication est une perte d'un ou deux jours, dans l'espoir que l'automédication suffisent à soigner la maladie
- En termes financiers, les enquêtés préfèrent payer moins dans un premier temps, dans l'espoir que cela suffise. Cependant dès lors que ces traitements ne suffisent pas, les dépenses au dépôt s'ajoutent aux dépenses initiales, et alors il n'y a plus de gains financiers.

Face à ces constats, diminuer les coûts des soins dans les facilités de santé, afin d'inciter les adhérents malades à ne plus utiliser l'automédication pendant un jour ou deux avant d'aller consulter apparaît comme une priorité. Cela permet à la fois d'améliorer la prise en charge de

la ou du malade, et de réduire le fardeau financier que représente la santé dans le budget des ménages.

C. Dépenses de santé

Pour le dernier épisode de maladie, la dépense moyenne en médicaments supportée par les répondants s'élève à 21 280 FCFA (17 232 FCFA lorsqu'on restreint aux maladies survenues au cours des 3 derniers mois, Tableau IV-6).

Tableau iii-5 : Dépenses de santé

| | Total | Trois derniers mois |
|--------------------------------|-------------|---------------------|
| Coût des médicaments (moyenne) | 21 280,7 | 17 232,13 |
| Total observations | 1346 | 885 |

Les dépenses de santé représentent un fardeau financier pour les ménages de notre échantillon, mais ils l'ont complètement incorporé à la gestion de leurs finances. En effet, seulement 12% des enquêtés ont déclaré avoir des difficultés de paiement des soins de santé (Tableau IV-10). Pourtant, 28% d'entre eux déclarent que le fait de devoir payer des soins a eu des répercussions sur leur activité (dont la moitié ont déclaré ne pas avoir de difficultés pour payer) : cet argent était initialement destiné au développement de leur activité dans 94% des cas, les enquêtés ont été dans l'impossibilité de payer leurs fournisseurs à temps dans 12% des cas, et de rembourser leur crédit dans 4% des cas. Les dépenses de santé ont donc une incidence non négligeable sur les finances des enquêtés et leur activité.

Tableau iii-6: Difficultés de paiement des frais de santé

| | Total |
|---|--------------|
| Difficultés de paiement | |
| Oui | 12.19 |
| Non, grâce à une mutuelle de santé | 10.11 |
| Non, grâce à l'offre de gratuité | 0.84 |
| Non, personne n'a été malade | 3.15 |
| Non, possibilité de payer | 73.11 |
| Total observations | 1780 |
| Impact sur l'activité | 27.59 |
| Total observations | 1783 |
| Comment cela a impacté l'activité ? | |
| Utilisation de l'argent initialement destiné à l'activité | 93.90 |
| Impossibilité de payer les fournisseurs à temps | 12.20 |
| Impossibilité de rembourser son microcrédit à temps | 3.86 |
| Total observations | 492 |

Ce fardeau est grandement expliqué par le manque de protection contre le risque de maladie : les ménages paient seuls les dépenses de santé, avec l'épargne disponible dans 84% des cas, et en empruntant à des proches dans 7% des cas.

Tableau iii-7 : Moyens de paiement des frais de santé pour les enquêtés ayant déclaré avoir eu les moyens de payer leurs soins ou avoir eu des difficultés pour les payer

| | Total |
|-------------------------------|-------|
| Argent disponible à la maison | 83.91 |

| | |
|---|-------------|
| Argent de l'épargne Yikri | 4.84 |
| Argent d'un crédit/ Fond de roulement | 3.47 |
| Emprunt auprès d'amis/voisins/famille | 6.67 |
| Emprunt auprès d'une caisse d'épargne/ de crédit | 0.39 |
| Tontines | 1.44 |
| Vente de l'un de mes biens (productif ou non productif) | 0.46 |
| Déscolarisation d'enfants pour réduire les frais | 0.20 |
| Emploi supplémentaire | 0.00 |
| Enfants mis au travail | 0.85 |
| Un membre du ménage a migré | 0.13 |
| Renoncer aux soins | 2.68 |
| Autre | 9.22 |
| Total observations | 1529 |

D. Adhésions à Tond Laafi et utilisation du service

EN BREF : POUR LES ADHERENTS A TOND LAAFI

- L'utilisation du service de micro-assurance santé (la prise en charge des dépenses de soins par Tond Laafi) augmente avec la durée d'adhésion suggérant bien un effet temps dans le changement des comportements.
- L'utilisation de la prise en charge par Tond Laafi augmente l'achat de médicaments en pharmacie par rapport aux autres sources d'approvisionnement en médicaments (plantes, stock de médicaments, médicaments de rue) : parmi les enquêtés qui déclarent avoir bénéficié de cette prise en charge, 93% ont acheté leurs médicaments en pharmacie, contre 78% pour ceux qui n'en ont pas bénéficié.
- L'utilisation de la prise en charge par Tond Laafi favorise l'achat des médicaments et diminue le tri : parmi les enquêtés qui déclarent avoir bénéficié de cette prise en charge, 2.40% seulement ont fait le tri dans les médicaments à acheter contre 17.25% parmi ceux qui n'en ont pas bénéficié.

Parmi notre échantillon d'enquêtés, la moitié des groupements ont accédé au service de micro-assurance et d'accompagnement médico-social entre l'enquête de base (janvier 2020) et l'enquête de fin de projet (janvier 2022). Toutefois, le premier semestre 2022 a été marqué par une interruption des nouvelles adhésions (due à l'interdiction des réunions pendant plusieurs mois). Les adhésions se font ensuite de façon progressive : au rythme des réunions de groupement pour le microcrédit, les animateurs Tond Laafi présentent la micro-assurance et son fonctionnement, et à partir de ce moment, les membres du groupement en question adhèrent à Tond Laafi au moment de contracter un crédit (ou avant de façon volontaire s'ils le souhaitent).

La répartition des dates d'adhésion des enquêtés des groupes de traitement est indiquée dans le Tableau III-8. 63% des individus membres Tond Laafi ont adhéré pour la première fois avant le 1^{er} janvier 2021. 27% ont adhéré au premier semestre 2021. Certains enquêtés (42 exactement) n'étaient pas encore adhérents Tond Laafi au moment de l'enquête (ou bien tout récemment) et le sont devenus depuis.

Tableau III-8 : Date de début du premier contrat avec Tond Laafi

| | Nombre d'observations | Pourcentage |
|-------------------------------|-----------------------|-------------|
| Avant le 1/1/2021 | 536 | 63.06 |
| Entre 1/1/2021 et le 1/7/2021 | 228 | 26.82 |

| | | |
|----------------------------------|------------|---------------|
| Entre 1/07/2021 et le 30/09/2021 | 27 | 3.18 |
| Entre 1/10/2021 et le 31/12/2021 | 17 | 2.00 |
| Après 1/1/2022 | 42 | 4.94 |
| Total | 850 | 100.00 |

À partir de la date de souscription, les adhérents peuvent bénéficier de la prise en charge par Tond Laafi dans les centres de santé conventionnés. 34% des adhérents ont déclaré l'avoir utilisé lors de leur dernière maladie (Tableau III-9). Cette proportion croît avec l'ancienneté du premier contrat avec Tond Laafi, suggérant bien un effet temps dans le changement des comportements. En outre, il faut aussi que le dernier épisode de maladie soit survenu après le début de la couverture pour que le service ait été utilisé.

Tableau III-9 : Utilisation de la prise en charge par Tond Laafi selon la date de première adhésion

| | non (%) | oui (%) | Total |
|----------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| Avant le 1/1/2021 | 60.48 | 39.52 | 100.00 |
| Entre 1/1/2021 et le 1/7/2021 | 69.35 | 30.65 | 100.00 |
| Entre 1/07/2021 et le 30/09/2021 | 84.62 | 15.38 | 100.00 |
| Entre 1/10/2021 et le 31/12/2021 | 93.75 | 6.25 | 100.00 |
| Après 1/1/2022 | 91.89 | 8.11 | 100.00 |
| Total | 66.28 | 33.72 | 100.00 |

L'utilisation de la prise en charge par Tond Laafi est en outre associée à une plus grande utilisation des pharmacies pour aller chercher des médicaments : parmi les enquêtés qui déclarent avoir eu recours à la prise en charge, 93% ont acheté leurs médicaments en pharmacie, contre 78% pour les non-utilisateurs. Les autres sources de médicaments sont au contraire moins utilisées par les bénéficiaires de la prise en charge par Tond Laafi.

Tableau III-10 : Proportion d'enquêtés qui cite chaque source de médicaments, selon l'utilisation de la prise en charge de Tond Laafi lors du dernier épisode de maladie (si est survenu dans les trois mois précédent l'enquête)

| | Sans prise en charge p | Avec prise en charge | Total |
|---|------------------------|----------------------|-------|
| Plantes ou médecine traditionnelle | 7.92 | 4.80 | 7.50 |
| Automédication (avec des médicaments de précédentes maladies) | 18.74 | 14.40 | 18.15 |
| Achat de médicaments au dépôt la pharmacie / centre de santé | 77.61 | 93.60 | 79.78 |
| Achat de médicaments de rue | 6.04 | 1.60 | 5.43 |

Enfin, le changement des comportements de santé associé à l'adoption de la micro-assurance santé se retrouve dans la proportion d'enquêtés qui déclarent faire le tri dans la prescription ou la recommandation de médicaments qui leur a été faite : cette proportion est de 17.25% chez ceux qui n'ont pas bénéficié de la prise en charge par Tond Laafi, contre 2.40% seulement chez les bénéficiaires de cette prise en charge.

Section IV. Analyse différenciée selon le genre

L'enquête ATIA comprend également une section sur le genre qui vise à identifier les dynamiques à l'intérieur du ménage afin de mieux comprendre la place des femmes dans leurs ménages ainsi que les normes sociales et familiales régissant leurs comportements de santé.

A. Partage du revenu au sein du ménage

Les comportements de santé sont intrinsèquement liés à la disponibilité financière. Nous avons choisi de ne pas demander le revenu des individus⁴, en revanche nous demandons si le répondant a accès aux revenus de son conjoint. Le tableau V-1 résume le partage des revenus au sein du ménage. Le partage des revenus au sein du ménage n'est pas systématique : seuls 46% des répondants vivent dans un ménage dans lequel les deux membres du couple partagent leurs revenus. Environ 22% vivent dans un ménage dans lequel un seul membre du couple partage son revenu avec l'autre. Enfin, 32% des répondants vivent dans un ménage où les revenus ne sont pas du tout partagés. Par ailleurs, les revenus du conjoint ne sont pas forcément connus, puisqu'à peine 6% des répondants vivent dans un ménage dans lequel les deux membres du couple connaissent le revenu de leur conjoint. La grande majorité des individus enquêtés (86%) déclarent qu'il n'y a aucun partage d'information sur le revenu dans leur couple.

Tableau IV-1: Partage des revenus au sein du ménage

| Revenu | Nombre d'observations | Proportion |
|---|-----------------------|------------|
| Partage du revenu | | |
| Aucun partage | 471 | 31,72 |
| Un membre du couple partage | 330 | 22,22 |
| Les deux membres du couple partagent | 684 | 46,06 |
| Information sur le revenu du conjoint | | |
| Aucune connaissance sur le revenu du conjoint | 1271 | 86,29 |
| Un membre du couple connaît le revenu de son conjoint | 120 | 8,15 |
| Les deux membres du couple connaissent le revenu de leur conjoint | 82 | 5,57 |

B. Prise de décisions

La place d'une femme au sein de son ménage peut être appréhendée par un ensemble de questions relatives à la personne prenant diverses décisions de la vie quotidienne. Le tableau IV-2 ci-dessous détaille ainsi différentes prises de décisions et questionne les répondantes uniquement sur l'état de la prise de décision au sein du ménage : il peut ainsi s'agir d'une prise de décision commune avec le mari de la répondante, d'une décision prise par la répondante, ou d'une décision prise par une autre personne (majoritairement son mari mais nous avons également inclus d'autres répondants comme sa belle-famille ou une autre personne extérieure au ménage).

- Les répondantes participent exclusivement à la décision relative aux dépenses de son propre argent dans seulement 87% des cas. En miroir, pour 87% des ménages enquêtés, c'est le mari qui décide de son propre argent. Dans 2% des cas, la femme n'est pas décisionnaire de son argent. Similairement, elles ne sont que 4% à décider exclusivement des dépenses de l'argent du mari. La mise en commun des ressources est donc loin d'être le fonctionnement dominant dans notre échantillon. Les décisions relatives au fonctionnement du ménage sont en revanche majoritairement prises en commun : c'est le cas pour 49% des petits achats du quotidien (comme ceux relatifs à la nourriture), 62% des achats plus importants (comme les dépenses en vêtements),

⁴ Au-delà de la difficulté de mettre une date de référence pertinente (au cours du jour précédent? De la semaine précédente? Du mois précédent?) l'enquête pilote effectuée en novembre 2019 pour tester le questionnaire a démontré que souvent cette question était mal comprise et conduisait à des approximations inexploitablement empiriquement

52% des décisions concernant la sociabilité (visite de la famille par exemple) et 73% de l'éducation aux enfants. Lorsque les décisions concernant ces aspects communs aux conjoints ne sont pas prises en compte de manière jointe, les maris (ou une autre personne) sont majoritairement décideurs. En effet, 16% des femmes (respectivement 35 % d'un autre membre du ménage) décide de manière exclusive des petits achats, 13% des femmes (respectivement 26% d'un autre membre du ménage) des achats importants, 16% des femmes (respectivement 32% d'un autre membre du ménage) des aspects sociaux, et 7% des femmes (respectivement 26% d'un autre membre du ménage) de l'éducation des enfants.

- Concernant les décisions de santé, les résultats reflètent des situations familiales différentes, bien que là encore, dans la majorité des cas les prises de décisions sont communes. Lorsque la répondante est malade ou le conjoint est malade, l'accès aux soins (se rendre dans une formation de santé ou prendre un médicament) est une décision commune dans la moitié des cas et une décision de la personne malade seule dans environ 20% des cas (18% pour la femme et 22% pour le conjoint). Par contre, concernant le paiement des soins, si la femme est malade, elle ne décide seule du paiement que dans 25% des cas, alors que le conjoint décide seul du paiement de ses soins dans 60% des cas. Enfin, les décisions relatives à la santé des enfants sont la plupart du temps des décisions prises en commun, 60% pour l'accès aux soins et 60% pour le paiement. La femme décide seule dans respectivement 12% et 16% des cas.

Tableau IV-2: Prise de décision au sein du ménage

| Pouvoir de décision au sein du ménage : | Nombre d'observations | Proportion |
|--|-----------------------|------------|
| Dépenses de l'argent de la femme | | |
| Femme seule | 29 | 87.22 |
| Décision jointe | 159 | 10.74 |
| Autre personne | 1304 | 2.04 |
| Dépenses de l'argent du conjoint | | |
| Femme seule | 1279 | 4.61 |
| Décision jointe | 134 | 8.77 |
| Autre personne | 79 | 86.61 |
| Achat de la nourriture et petits achats | | |
| Femme seule | 476 | 16.18 |
| Décision jointe | 706 | 49.06 |
| Autre personne | 311 | 34.77 |
| Achats importants | | |
| Femme seule | 350 | 12.77 |
| Décision jointe | 885 | 61.68 |
| Autre personne | 258 | 25.55 |
| Sociabilisation | | |
| Femme seule | 430 | 16.18 |
| Décision jointe | 770 | 52.15 |
| Autre personne | 293 | 31.67 |
| Education des enfants | | |
| Femme seule | 281 | 6.81 |
| Décision jointe | 1084 | 73.15 |
| Autre personne | 127 | 20.05 |
| Accès aux soins si la femme est malade | | |

| | | |
|---|-----|-------|
| Femme seule | 322 | 18.67 |
| Décision jointe | 888 | 53.67 |
| Autre personne | 283 | 27.66 |
| Qui paye les soins si la femme est malade | | |
| Femme seule | 378 | 25,32 |
| Décision jointe | 872 | 58,41 |
| Autre personne | 243 | 16,28 |
| Accès aux soins si le conjoint est malade | | |
| Femme seule | 306 | 30.46 |
| Décision jointe | 674 | 47.24 |
| Autre personne | 513 | 22.3 |
| Qui paye les soins si le conjoint est malade | | |
| Femme seule | 374 | 6.51 |
| Décision jointe | 761 | 33.13 |
| Autre personne | 358 | 60.36 |
| Accès aux soins si un enfant est malade | | |
| Femme seule | 817 | 12.09 |
| Décision jointe | 513 | 60.09 |
| Autre personne | 162 | 27.82 |
| Qui paye les soins si un enfant est malade | | |
| Femme seule | 768 | 16.4 |
| Décision jointe | 594 | 60.39 |
| Autre personne | 130 | 16.4 |

C. Perception de l'état de santé des femmes

Lors de l'enquête de faisabilité menée en 2018 dans les agences de Pabré et de Cissin, les résultats du focus group avaient révélé que la santé des femmes étaient perçus comme moins bonne que celle des hommes. Le module genre de l'enquête intègre ainsi des questions relatives à la perception de l'état de santé des femmes en général. Ainsi, à la question "On dit que les femmes ont un moins bon niveau de santé que les hommes, qu'en pensez-vous?", 29% sont tout à fait d'accord et 66% sont d'accord (Tableau IV-3). Les principales raisons évoquées (Tableau IV-4) sont liées au fait que "Les accouchements, grossesses et menstruations les affaiblissent" (85%), "Elles travaillent plus et sont plus occupées que les hommes" (37%), "Elles travaillent dans des conditions plus difficiles que les hommes" (32%), "Elles sont plus faibles physiquement que les hommes" (24%) et "Elles sont plus préoccupées/angoissées que les hommes" (43%). Lorsque l'on demande aux répondants de choisir la raison principale, 57% pensent que ce moins bon état de santé des femmes est lié à la condition féminine (accouchement, grossesses et menstruations) ou au fait qu'elles soient plus angoissées que les hommes (20%).

Tableau IV-3: Perception de l'état de santé des femmes

| | Nombre d'observations | Proportion |
|--|-----------------------|------------|
| On dit que les femmes ont un moins bon niveau de santé que les hommes, qu'en pensez-vous? | | |
| Tout à fait d'accord | 497 | 28.66 |
| D'accord | 1147 | 66.15 |
| Pas d'avis | 15 | 0.87 |
| Pas d'accord | 54 | 3.11 |

| | | |
|----------------------|----|------|
| Pas du tout d'accord | 21 | 1,21 |
|----------------------|----|------|

Tableau IV-4: Raisons pour lesquelles les femmes sont supposées avoir un moins bon niveau de santé que les hommes

| | Nombre d'observations | Proportion |
|---|-----------------------|------------|
| Elles travaillent plus et sont plus occupées | 648 | 37,22 |
| Elles travaillent dans des conditions plus difficiles | 552 | 31,71 |
| Elles n'ont pas autant de moyens financiers (soins) | 103 | 5,92 |
| Elles se soucient moins de leur santé | 170 | 9,76 |
| Elles pensent à l'argent avant de penser à leur santé | 26 | 1,49 |
| Elles considèrent leur santé comme moins importante que celle de leurs enfants et de leur famille | 150 | 8,62 |
| Elles sont plus faibles physiquement | 412 | 23,66 |
| Elles sont plus préoccupées/angoissées | 741 | 42,56 |
| Elles sont moins fortes et moins courageuses | 95 | 5,46 |
| Les accouchements, grossesses et menstruations les affaiblissent | 1480 | 85,01 |
| Elles n'écoutent pas les conseils des médecins et des anciens | 12 | 0,69 |
| Elles sont moins informées que les hommes sur les maladies | 19 | 1,09 |
| Elles ont un comportement immature | 9 | 0,52 |

D. Vignettes

Une enquête qualitative a été réalisée en 2018 auprès de plusieurs femmes des agences de Cissin et de Pabré. La méthode des discussions dirigées de groupe (*focus group*) consiste à réunir et interroger plusieurs femmes en même temps, en guidant la discussion vers des thématiques relatives à leurs pratiques et relations de santé, à la violence ou à leur santé sexuelle et reproductive. Dans la lignée de cette enquête qualitative, nous avons essayé de capter les normes sociales relatives aux pratiques dans l'accès aux soins de santé des femmes. Plus précisément, nous cherchons à savoir si le renoncement aux soins des femmes (plus important que celui des hommes) est dû à de moindres ressources financières, une plus faible autonomie des femmes ou à des normes sociales qui stigmatiseraient le recours aux soins des femmes. Afin de mesurer le pouvoir des normes sociales, nous avons eu recours à des vignettes, une méthode utilisée en sciences sociales lorsque les questions directes ne permettent pas de révéler des phénomènes complexes telles que les normes sociales. Les vignettes consistent à exposer plusieurs scénarios au répondant, chacun représentant un « cas typique » d'une norme sociale, et de lui demander à quel personnage il s'identifie le plus.

Trois scénarios principaux ont été testés, sous lesquels nous avons attribué plusieurs vignettes.

Le scénario 1 vise à éliciter qui et comment se prennent les décisions dans le ménage concernant la santé des femmes. Il met en scène un mari fictif, *Issa*, qui donne tous les mois 10 000 FCFA à sa femme *Salimata*. Cette dernière est allée au centre de santé et doit acheter des médicaments pour 4500 FCFA. La première vignette sur ce scénario cherche à comprendre à qui revient la note de l'ordonnance. Cette vignette atteste qu'*Issa* refuse de payer car il lui donne de l'argent et qu'elle travaille. La majorité des répondants ne sont pas d'accord (75%) voire pas du tout d'accord (19%) avec l'attitude d'*Issa*. En revanche, plus d'un quart des répondants pensent que les hommes de leur communauté réagiraient de manière similaire (calculé selon le nombre de réponses entre 7 et 10). La seconde vignette de ce scénario se

focalise sur l'attitude de la femme. *Salimata* rétorque que c'est à l'homme de payer. Cette vignette teste en effet la norme sociale selon laquelle chacun aurait des domaines de décisions distincts : le secteur ménager (maison et enfant) pour la femme, le reste pour l'homme. Les réponses sont plus partagées dans cette vignette : 10% des répondants sont tout à fait d'accord avec la réaction de *Salimata* et 73% d'accord. En revanche une part non négligeable des répondants (13%) ne sont pas d'accord. La moitié des répondants pensent que les femmes de leur communauté réagiraient comme *Salimata*. Enfin la troisième vignette met en évidence le fait que la femme a besoin de l'approbation de son mari, sur n'importe quels types de décisions. Dans cette vignette, *Issa* réplique que la femme doit respecter son mari et attendre son avis concernant la décision d'aller consulter un médecin. 89% ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec ce scénario. Mais 25% estiment que les hommes de leur communauté réagiraient de manière plutôt similaire.

Le scénario 2 testé met en évidence l'hypothèse qu'il est socialement souhaitable pour la femme d'attendre avant d'aller recourir aux soins. La vignette 4 teste le fait de savoir s'il est normal d'attendre d'être dans un état critique avant de recourir aux soins, que l'on soit un homme ou une femme. Ce scénario met en scène un voisin qui pense que la femme a bien fait d'attendre: 95% n'approuvent pas ce scénario, mais 12% pensent que leur voisins réagiraient de manière similaire. La vignette 5 en revanche introduit une dimension genrée : il n'est pas normal d'attendre, mais c'est socialement plus admis pour les femmes. 86% des répondants sont d'accord avec cette affirmation, et 38% des répondants pensent que les hommes de leur communauté réagiraient de manière similaire.

Enfin, le scénario 3 teste la coopération au sein du ménage. La femme travaille, mais il est spécifié qu'elle n'a pas assez d'argent pour se soigner. La vignette 6 teste l'hypothèse que le ménage est coopératif : l'homme doit aider la femme car elle n'a pas assez d'argent. 99% est d'accord avec l'attitude du mari, mais 27% pensent que les hommes de leur communauté ont un comportement similaire. Dans la vignette 7, chacun gère son argent, et ne soutient pas l'autre financièrement. Seuls 3% des ménages adhèrent à ce schéma, mais 21% pensent que les hommes de leur communauté réagiraient de manière similaire.

Tableau IV-5: Vignettes

Scénario 1: Issa donne tous les mois 10000 FCFA à sa femme Salimata. Ce matin Salimata a une forte fièvre, et elle est allée au centre de santé. Ils lui ont prescrit des calmants et l'ordonnance est de 4500 fr. Le soir, Salimata tend l'ordonnance à Issa.

| | Vignette 1: Issa refuse de payer car il lui donne déjà de l'argent pour la popote. En plus Salimata vend tous les jours des dolos au marché. | | Vignette 2: Salimata dit que ce qu'elle gagne est utilisé pour la maison et s'occuper des enfants, c'est à l'homme de payer pour le reste. | | Vignette 3: Issa réplique que de toute les manière, elle aurait dû attendre avant d'aller consulter car elle est sous son toit, et une femme doit respecter et écouter ce que dit son mari | |
|---|---|-------|---|-------|---|-------|
| | Etes-vous d'accord avec la réaction d'Issa ? | | Etes-vous d'accord avec la réaction de Salimata ? | | Etes-vous d'accord avec la réaction d'Issa ? | |
| | Nombre d'observations | % | Nombre d'observations | % | Nombre d'observations | % |
| Tout à fait d'accord | 9 | 0,52 | 178 | 10,22 | 21 | 1,21 |
| D'accord | 97 | 5,57 | 1282 | 73,64 | 147 | 8,44 |
| Pas d'avis | 18 | 1,03 | 38 | 2,18 | 21 | 1,21 |
| Pas d'accord | 1289 | 74,04 | 229 | 13,15 | 1308 | 75,13 |
| Pas du tout d'accord | 328 | 18,84 | 14 | 0,8 | 244 | 14,01 |
| Sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalemment), pensez-vous que les hommes de votre communauté réagiraient comme Issa? (Score moyen) | 1741 | 5,30 | | | 1741 | 5,05 |
| Comportement plutôt similaire (% entre un score de 7 et un score de 10) | 1741 | 27.69 | | | 1741 | 25.27 |
| Sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalemment), pensez-vous que les femmes de votre communauté réagiraient comme Salimata? (Score moyen) | | | 1741 | 6,60 | | |
| Comportement plutôt similaire (% entre un score de 7 et un score de 10) | | | 1741 | 50.84 | | |

Scénario 2: Ce matin, Fatimata s'est réveillé avec une forte fièvre, mais n'a pas voulu se rendre dans un centre de santé, elle est donc partie travailler comme tous les jours. Ce soir, elle s'est évanouie et un voisin l'a amené au centre de santé. Les autres voisins parlent de cette histoire:

| | Vignette 4. Un premier voisin pense que Fatimata a bien fait d'attendre: à partir du moment où tu te débrouilles, ne serait-ce que pour faire à manger, tu n'es pas malade ou pas assez malade. | | Vignette 5. Un second voisin pense qu'il ne faut pas attendre pour se soigner. Cela n'aurait pas pu arriver à un homme: l'homme prend soin de sa machine, alors que la femme laisse trainer. C'est comme ça qu'elles gèrent leur santé, si ce n'est pas qu'elle peut plus rien faire, à ce moment elle dira qu'elle est malade. | |
|----------------------|--|------|--|-------|
| | Nombre d'observations | % | Nombre d'observations | % |
| Tout à fait d'accord | 4 | 0,23 | 288 | 16,55 |

| | | | | | |
|---|----------------------|------|-------|------|-------|
| Etes-vous d'accord avec la réaction du voisin? | D'accord | 71 | 4,08 | 1211 | 69,6 |
| | Pas d'avis | 13 | 0,75 | 8 | 0,46 |
| | Pas d'accord | 1274 | 73,18 | 206 | 11,84 |
| | Pas du tout d'accord | 379 | 21,77 | 27 | 1,55 |
| Sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalement), pensez-vous que les hommes de votre communauté réagiraient comme le voisin? (Score moyen) | | 1741 | 3,99 | 1741 | 5,94 |
| Comportement plutôt similaire (% entre un score de 7 et un score de 10) | | 1741 | 11.89 | 1741 | 38.54 |

Scénario 3: Minata est vendeuse ambulante. Ce matin Minata a une très forte fièvre. Elle attend le retour de Mohamed, son mari, pour lui demander de l'argent car elle n'en a pas assez pour aller au centre de santé.

| | Vignette 6. Mohamed accepte de lui en donner, car il prend les soucis de sa femme comme les siens. | | Vignette 7. Mohamed refuse de lui en donner car quand on a pas d'argent, on ne va pas à l'hôpital. C'est à elle de gérer son argent. | | |
|---|---|------------|---|------------|-------|
| | Etes-vous d'accord avec la réaction de Mohamed? | | Etes-vous d'accord avec la réaction de Mohamed? | | |
| | Nombre d'observations | Proportion | Nombre d'observations | Proportion | |
| Tout à fait d'accord | 671 | 38,54 | 0 | 0 | |
| D'accord | 1054 | 60,54 | 51 | 2,93 | |
| Pas d'avis | 1 | 0,06 | 17 | 0,98 | |
| Pas d'accord | 11 | 0,63 | 1239 | 71,25 | |
| Pas du tout d'accord | 4 | 0,23 | 432 | 24,84 | |
| Sur une échelle de 0 (pas du tout) à 10 (totalement), pensez-vous que les hommes de votre communauté réagiraient comme Mohamed? (Score moyen) | | 1741 | 5.26 | 1741 | 4.86 |
| Comportement plutôt similaire (% entre un score de 7 et un score de 10) | | 1741 | 27.39 | 1741 | 21.31 |

Partie 2 :

Evaluation d'impact du DSPS

Section V. Méthodologie d'évaluation du DSPS

A. Cadre expérimental

- Sélection aléatoire des traités et des contrôles

Pour évaluer l'efficacité du Dispositif de Santé et de Protection Sociale de Tond Laafi sur la population bénéficiaire, nous avons opté pour la Méthode de *Randomized Controlled Trial* (RCT), également appelée Expérience d'Assignment Aléatoire ou Essai Contrôlé Randomisé (ECR). C'est une méthode d'évaluation d'impact dont l'objectif est d'identifier une situation contrefactuelle et ainsi comparer les résultats et les comportements en présence du programme avec ce qui se serait passé sans le programme. Par définition cette dernière situation est inobservable donc on cherche à la reconstruire en étudiant des individus similaires à ceux recevant le programme : il s'agit du groupe de contrôle. Le groupe qui bénéficie du programme est lui appelé groupe de traitement. Les individus des deux groupes sont similaires, de sorte que toute différence entre les deux groupes peut être imputée directement au programme.

Pour assurer qu'il n'y ait pas de biais dans l'estimation de l'impact, l'assignation des individus au groupe traitement ou au groupe contrôle est laissé au hasard : il s'agit du concept d'assignation aléatoire. Plus concrètement, à partir d'une population admissible, cette méthode ECR sélectionne de façon aléatoire le groupe expérimental qui bénéficiera d'une intervention et le groupe contrôle qui servira de point de comparaison. Cette méthode présente l'avantage d'établir solidement les liens de causalité, ce qui permet aux évaluateurs et aux agents d'exécution du programme de confirmer que c'est bien de l'intervention que découlent les résultats obtenus. L'impact estimé consiste en une simple comparaison des groupes de traitement et de contrôle. L'indicateur principal suivi pour cette évaluation d'impact est le taux de non-recours aux soins. Cependant d'autres dimensions sont évaluées comme l'utilisation de médicaments, les dépenses de santé, la santé physique et émotionnelle et l'autonomisation des femmes.

Deux agences, Saaba et Somgandé, ont participé à l'expérience pour l'évaluation d'impact. Ces deux agences ont des caractéristiques très similaires puisqu'elles se situent dans la même zone géographique et ont des bénéficiaires aux profils semblables (microentrepreneurs, à faible niveau d'éducation). Les deux agences présentent également une offre de soins similaire.

Pour cette étude, la détermination des traités et des contrôles ne s'est pas faite au niveau individuel, mais au niveau des groupements. La randomisation à l'échelle du groupement est plus pratique d'un point de vue logistique et de communication. Elle permet également de contrôler plus facilement si les individus appartiennent aux traités ou au contrôle, d'éviter les potentiels changements de groupe, et de limiter les mécontentements. Ainsi, en décembre 2019, nous avons sélectionné 47 groupements traités (25% au groupe de traitement 1 micro-assurance santé Tond Laafi uniquement et 25% au groupe de traitement 2 micro-assurance santé et accompagnement médico-social Tond Laafi), au sein desquels le dispositif de DSPS été présenté et mis en place pour tous les membres du groupement (qu'ils participent à l'enquête ou non). Nous avons sélectionné selon la même procédure aléatoire 54 groupes contrôle au sein desquels aucun membre du groupement ne s'est vu offert la possibilité d'adhérer à la mutuelle. Les agences de Saaba et Somgandé étant de proportion différente,

nous avons sélectionné le nombre de groupements participant à l'évaluation au prorata soit 36 groupements pour l'agence de Saaba (16 groupements traités et 20 groupements contrôles) et 65 groupements pour l'agence de Somgandé (31 groupements traités et 34 groupements contrôles). Les individus du groupe contrôle ont été informés de la mise en place prochaine du DSPS au sein des deux agences, et qui leur sera accessible au printemps 2022.

Tableau V-1 : Assignment au traitement

| | Nombre de groupements | | Nombre d'individus | |
|--------------------------------|-----------------------|-------|--------------------|-------|
| | N | % | N | % |
| <u>Baseline (janvier 2020)</u> | | | | |
| Contrôle | 55 | 53.92 | 1072 | 51.88 |
| Traitement 1 | 24 | 23.53 | 528 | 25.56 |
| Traitement 2 | 23 | 22.55 | 466 | 22.56 |
| Total | 102 | 100 | 2066 | 100 |
| <u>Endline (janvier 2022)</u> | | | | |
| Contrôle | 46 | 46.94 | 825 | 47.38 |
| Traitement 1 | 26 | 26.53 | 458 | 26.31 |
| Traitement 2 | 26 | 26.53 | 458 | 26.31 |
| Total | 98 | 100 | 1741 | 100 |

- Attrition et taille de l'échantillon pour l'évaluation

Environ 20 individus par groupement ont été sélectionnés pour participer à l'enquête baseline, soit 2066 personnes enquêtées en 2020. Parmi ceux-ci, nous avons pu re-interroger 836 individus pour l'enquête endline de 2022. Ainsi, 1180 personnes n'ont été interrogées qu'en 2020. Diverses raisons expliquent cette forte attrition : certains groupements ont entièrement disparu entre les 2 vagues d'enquêtes. D'autres groupements ont subsisté mais les personnes initialement enquêtées n'ont pu être retrouvées, essentiellement parce qu'elles ont quitté le groupement. Lorsque ce fut le cas, nous avons substitué ces personnes manquantes par d'autres personnes appartenant exactement au même groupement. Ainsi 903 nouvelles personnes ont été interrogées en janvier 2022 uniquement, mais font partie des groupements traités ou contrôles. Au total, nous avons interviewés 1789 personnes en 2022, dont 1741 avec un questionnaire entier nous permettant de les inclure dans l'analyse d'impact. Dans ces 1741 enquêtés, 916 ont été traités et 825 ont été contrôle.⁵

Tableau V-2 : Statut d'attrition

| | Contrôle | Traitement 1 | Traitement 2 | Total |
|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|-------|
| <u>Interrogés en 2020 uniquement</u> | | | | |

⁵ Lors de régressions non montrées dans ce document, nous avons testé qu'il n'y a pas de différences de caractéristiques entre les 1180 personnes interrogées uniquement en 2020 (les attriteurs) et les 838 interrogées deux fois (les non-attriteurs). Nous ne trouvons pas de différence significative, à l'exception de l'ancienneté au sein de Yikri. Surtout, l'attrition n'est pas corrélée au fait d'appartenir à un groupe plutôt qu'à un autre. Cela suggère que l'attrition est naturelle (les personnes avec une forte ancienneté ont terminé leur crédit entre les deux vagues d'enquêtes) et non liées à l'expérience de l'évaluation d'impact. Par ailleurs, nous trouvons également aucune différence significative entre les caractéristiques des « remplaçants » (les 951 nouveaux enquêtés en 2022) et les « remplacés » (les 1180 non retrouvés de 2020), probablement dû au fait qu'ils sont issus des mêmes groupements.

| | | | | |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| N | 913 | 267 | 251 | 1180 |
| % | 32.36 | 27.08 | 27.16 | 31 |
| <u>Interrogés en 2020 et 2022</u> | | | | |
| N | 1238 | 438 | 422 | 1676 |
| % | 43.89 | 44.42 | 45.67 | 44.02 |
| <u>Interrogés en 2022 uniquement</u> | | | | |
| N | 670 | 281 | 251 | 951 |
| % | 23.75 | 28.5 | 27.16 | 24.98 |
| Total | 2821 | 986 | 924 | 3807 |

- Biais potentiels

Seuls les bénéficiaires du groupe traitement ont pu accéder DSPS à partir de juin 2021. L'adhésion à la mutuelle de santé étant individuelle et nominative, il n'est en principe pas possible pour un individu appartenant à un groupement contrôle de bénéficiaire du DSPS. Toutefois 36 individus (2% de l'enquête endline) initialement assignés à un groupement contrôle ont réussi à adhérer à la mutuelle.

En revanche, le traitement n'était obligatoire que pour une partie des bénéficiaires, ceux qui veulent contracter un microcrédit. Les personnes ayant accès à l'épargne, pouvaient adhérer à la mutuelle, mais de manière volontaire. Au final, 143 individus (8% de l'enquête endline) n'avaient pas souscrit au DSPS au moment de notre enquête (janvier 2022). Ainsi, 90% des individus ont respecté leur groupe d'assignation initiale, ce qui indique que l'estimation des impacts à partir des groupes d'assignation initiale est valide et permet d'obtenir des impacts causaux du programme.

Tableau V-3 : Compliance

| | Groupe observé | | Total |
|-----------------------------|----------------|------------|-------|
| | Contrôle | Traitement | |
| <u>Groupe d'assignation</u> | | | |
| <i>Contrôle</i> | | | |
| N | 789 | 36 | 825 |
| % | 45.32 | 2.07 | 47.39 |
| <i>Traitement</i> | | | |
| N | 143 | 773 | 916 |
| % | 8.21 | 44.4 | 52.61 |
| <i>Total</i> | | | |
| N | 932 | 809 | 1,741 |
| % | 53.53 | 46.47 | 100 |

B. Stratégie économétrique

Pour identifier l'impact de l'assurance maladie, nous estimons le modèle suivant:

$$Y_{i,t=2022} = \alpha + \beta \text{Assurance} + \delta_1 X_{i,t=2020} + \delta_2 X_{i,t=2022} + \gamma_a + \varepsilon_i$$

Où $Y_{i,t=2022}$ est le résultat d'intérêt pour l'individu i , mesuré à la fin de la période d'étude, en janvier/février 2022. Assurance désigne le fait de faire partie du groupe de traitement ayant

reçu l'assurance. β capture l'effet de traitement moyen. Pour améliorer le pouvoir statistique (McKenzie, 2012) ⁶ nous contrôlons pour le niveau des caractéristiques baseline $X_{i,t=2020}$ lorsque cela est possible (c'est-à-dire lorsque les répondants ont été interrogés deux fois). Si les répondants sont nouveaux (interrogés seulement en 2022), nous conditionnons alors au niveau des caractéristiques *endline* $X_{i,t=2022}$. Nous rajoutons également dans l'équation γ_a qui capture les effets-fixes agence. ε_i est le terme d'erreur idiosyncratique. Les erreurs sont clusterisées au niveau du groupement.

Pour identifier l'impact du service médico-social, nous estimons un modèle similaire:

$$Y_{i,t=2022} = \alpha + \beta_1 \text{Assurance}_{\text{seule}} + \beta_2 \text{Assurance}_{\text{accompagnée}} + \delta_1 X_{i,t=2020} + \delta_2 X_{i,t=2022} + \gamma_a + \varepsilon_i$$

Où $\text{Assurance}_{\text{seule}}$ désigne faire partie du groupe ayant reçu uniquement l'assurance et $\text{Assurance}_{\text{accompagnée}}$ celui de faire partie du groupe ayant reçu l'assurance et l'accompagnement médico-social. β_1 mesure l'effet moyen de l'assurance seule et β_2 capture l'effet moyen du double traitement. La différence ($\beta_1 - \beta_2$) quantifie l'effet supplémentaire de l'accompagnement. Nous testons à l'aide d'un test de Wald si $\beta_1 = \beta_2$, pour estimer l'effet marginal de la composante accompagnement médico-social.

Les deux équations sont estimées en utilisant la méthode de l'intention de traiter, c'est-à-dire que nous prenons pour variable de traitement, l'assignation au groupe de traitement, effectuée en 2020, et non le traitement observé en 2022. Nous avons vu dans la section précédente que 10% individus n'ont pas respecté leur groupe d'assignation. Ainsi, la variable traitement observé en 2022 est biaisé par le fait que ces 10% d'individus ont choisi leur groupe (biais de sélection). Il n'y a en revanche pas de biais de sélection dans l'assignation au traitement effectuée en 2020, ce qui nous permet d'estimer un pur impact causal.

Les résultats du présent rapport présentent donc les impacts, autrement dit les différences significatives, entre le groupe traitement et le groupe de contrôle, sachant que le groupe de contrôle comporte 143 enquêtés qui ont en fait adhéré à la mutuelle de Tond Laafi entre 2020 et 2022. L'analyse comparative entre les familles qui ont effectivement adhéré à Tond Laafi et ceux qui n'ont pas adhéré est programmée afin d'affiner les résultats ci-présentés qui sont donc des résultats « a minima ». De la même manière, dans le groupe de traitement « micro-assurance et accompagnement médico-social », une partie des enquêtés n'ont en fait pas bénéficié d'une des activités du service médico-social⁷. Il n'est donc pas encore possible aujourd'hui de tirer des conclusions en ce qui concerne le service médico-social et les analyses doivent être poursuivies.

Section VI. Impact de la micro-assurance santé sur les comportements de santé

⁶ McKenzie, D. (2012). Beyond baseline and follow-up: The case for more T in experiments. *Journal of development Economics*, 99(2), 210-221.

⁷ Les hypothèses d'explication sont : changement de groupements chez YIKRI, porosité entre groupes de traitement / contrôle, Tond Laafi au début du projet n'avait pas encore pu assez rôder son service pour avoir suffisamment de contacts avec l'ensemble des bénéficiaires, etc.

EN BREF

- L'adhésion à la micro-assurance santé diminue le délai de recours au soin, augmente le recours aux soins au sein de centres de santé « modernes » (CSPS), diminue l'automédication sans consultation et le recours au tradi-praticien. Ainsi, si elle n'augmente pas la déclaration de recours au soin (déjà élevé), elle permet aux adhérents de recourir à des soins plus « formels » et plus rapidement.
- L'adhésion à la micro-assurance santé diminue significativement les dépenses directes de santé et diminuent les impacts sur l'activité génératrice de revenus d'un problème de santé.
- L'adhésion à la micro-assurance santé améliore la santé mentale des adhérents.
- L'adhésion à la micro-assurance santé permet aussi d'augmenter le pouvoir de décision des femmes au sein de leur ménage.

A. Recours aux soins

Le tableau VI-1 présentent les différents résultats des équations précédentes concernant le comportement de recours aux soins. Pour chaque variable de résultats étudiée (recours aux soins, recours aux soins le jour même, recours aux soins dans les deux jours), deux régressions sont menées : la première estime l'impact du fait d'appartenir à un groupement assigné au traitement (colonne 1, 3 et 5) ; la deuxième permet de comparer s'il y a une différence significative entre le bénéficiaire du service de micro-assurance santé uniquement et le bénéficiaire du service de micro-assurance santé avec le service d'accompagnement médico-social. Afin de faciliter l'interprétation des résultats, nous donnons également les moyennes du groupe de contrôle, qui représentent la situation contrefactuelle, c'est-à-dire ce qu'il se serait passé en l'absence de traitement. Les coefficients du tableau VII-1 sont les coefficients des régressions (β , β_1 , β_2) et s'interprètent comme des points de pourcentage. Le tableau VI-2 convertit ces coefficients en pourcentage pour faciliter la lecture.

Bénéficiaire du DSPS n'a pas modifié le niveau de recours aux soins global (c'est à dire quel que soit le soin recherché) : il n'y a pas de différence significative entre les traités et les contrôles, avec la micro-assurance seulement (colonne 1) ou bien avec l'accompagnement médico-social (colonne 2) Ce résultat s'explique par un taux de recours au soin global déjà élevé, et aussi par l'imperfection de cet indicateur : d'une part, il inclut tous les types de soins, y compris l'automédication ou le recours à un tradipraticien, et d'autre part, il ne fait pas de distinction selon le délai de recours au soin. Il convient donc d'analyser l'impact de la micro-assurance et de l'accompagnement médico-social plus finement.

En effet, avoir accès à la micro-assurance santé permet d'accélérer significativement le recours aux soins (colonne 3). Seulement 38% des individus en l'absence de mutuelle vont rechercher des conseils ou un traitement le jour-même. Bénéficiaire de la micro-assurance santé augmente significativement le recours aux soins dans la journée de 11 points de pourcentage, soit 30% d'augmentation. La proportion de personnes ayant recours aux soins dans les 2 jours augmente également de manière significative de 7 points de pourcentage, soit une augmentation de 13% (colonne 5).

Tableau VI-1: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur le recours aux soins

| | Recours aux soins | | Recours aux soins le jour même | | Recours aux soins dans les deux jours | |
|--|-------------------|-----|--------------------------------|-----|---------------------------------------|-----|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| | | | | | | |

| | | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------------|
| Traités | -0.033 (0.034) | 0.114*** (0.040) | 0.077* (0.040) |
| Micro-assurance santé uniquement | -0.039 (0.037) | 0.121** (0.046) | 0.088* (0.044) |
| Micro-assurance santé et accompagnement médico-social | -0.025 (0.042) | 0.106** (0.046) | 0.065 (0.050) |
| Moyenne groupe de contrôle | 86% | 38% | 61% |

Absence d'étoile : coefficient non différent de 0, * : coefficient faiblement significatif (10% de marge d'erreur), ** : coefficient moyennement significatif (5% de marge d'erreur), *** : coefficient fortement significatif (1% de marge d'erreur)

Tableau VI-2: Evaluation de l'impact estimé de la micro-assurance santé sur le recours aux soins, exprimé en pourcentage

| | Recours aux soins | Recours aux soins le jour même | Recours aux soins dans les deux jours |
|---|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Moyenne des groupes de contrôle (%) | 86% | 38% | 61 % |
| Effet du traitement* | 0% | 30% | 12.6% |
| Effet de la micro-assurance santé uniquement* | 0% | 31.84% | 14.42% |
| Effet de la micro-assurance santé + accompagnement médico-social* | 0% | 27.89% | 0% |

Méthode de calcul de l'effet en pourcentage = 100((Moyenne contrôle + Coefficient)-Moyenne contrôle)/Moyenne contrôle

Une manière plus précise d'étudier l'effet de la micro-assurance santé sur le recours aux soins est de désagréger le recours aux soins selon le lieu de soins. Nous distinguons ainsi les lieux de soins dits « modernes » (CSPS et hôpitaux), que cible la mutuelle de santé, de l'automédication (achat de médicaments ou prise de médicaments sans consultation) et la médecine traditionnelle (consultation d'un tradipraticien). Le tableau IV-3 et IV-4 nous renseigne sur le fait que la micro-assurance santé impacte significativement le recours aux soins au sein des CSPS (+14%). En revanche, il n'y a pas d'effet significatif de la micro-assurance santé sur le recours aux soins au sein des hôpitaux, probablement en raison du fait que la probabilité d'être hospitalisé est faible (seulement 7% des groupes de contrôles ne bénéficiant pas de la micro-assurance santé ont été hospitalisés). Par ailleurs, la micro-assurance santé réduit de manière conséquente l'auto-médication (-25%) et le recours à un tradipraticien (-75%).

Tableau VI-3: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur le recours aux soins selon le lieu de soins

| | CSPS | | Hôpital | | Lieu moderne (CSPS ou hôpital) | | Automédication | | Médecine traditionnelle | |
|---|-------------|-------------|---------|---------|--------------------------------|-------------|----------------|----------|-------------------------|----------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (5) | (6) | (5) | (6) |
| Traités | 0.093* * | | -0.010 | | 0.091** | | - | | - | |
| | (0.044) | | (0.022) | | (0.042) | | 0.080* * | | 0.029* * | |
| Micro-assurance santé uniquement | | 0.099* * | | 0.002 | | 0.109* * | | -0.089** | | -0.029** |
| | | (0.049) | | (0.029) | | (0.049) | | (0.044) | | (0.013) |
| Micro-assurance santé et accompagnement médico-social | | 0.086 | | -0.026 | | 0.070 | | -0.069 | | -0.030* |
| | | (0.053) | | (0.025) | | (0.050) | | (0.047) | | (0.016) |
| Moyenne groupe de contrôle | 65.44% | | 7.3% | | 68.87% | | 32.10% | | 3.9% | |

Tableau VI-4: Evaluation de l'impact estimé de la micro-assurance santé sur le recours aux soins selon le lieu de soins, exprimé en pourcentage

| | CSPS | Hôpital | Lieu moderne (CSPS ou hôpital) | Automédication | Médecine traditionnelle |
|---|-------|---------|--------------------------------|----------------|-------------------------|
| Moyenne des groupes de contrôle (%) | 65.44 | 7.3 | 68.87 | 32.1 | 3.9 |
| Effet du traitement* | 14% | 0% | 13% | -25% | -74% |
| Effet de la micro-assurance santé uniquement* | 15% | 0% | 16% | -28% | -74% |
| Effet de la micro-assurance santé + accompagnement médico-social* | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

C. Dépenses de santé

La mutuelle Tond Laafi a par ailleurs un très fort impact sur les dépenses de santé. Bénéficiaire de la mutuelle permet de réduire la probabilité d'éprouver des difficultés de paiement des soins de 6 points de pourcentage, passant de 15% en l'absence de mutuelle à 9% après la mutuelle (colonne 1). Exprimé en pourcentage, la mutuelle réduit de 40% les difficultés de paiement. Plus concrètement, les dépenses de santé se réduisent de 36% grâce à la mutuelle. Cette baisse conséquente des dépenses de santé, permet de soulager la contrainte budgétaire des bénéficiaires et a un impact également sur leur activité économique. En effet, en l'absence de mutuelle, 31% des individus déclarent éprouver des difficultés sur leur activité en raison des dépenses de santé. Bénéficiaire de la mutuelle de santé permet de réduire ce pourcentage de 7 points, soit une baisse de 23%.

Tableau VI-5: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur les dépenses de santé

| | A eu des difficultés de paiement | | Dépenses de santé (En FCFA) | | Impact sur l'activité | |
|---|----------------------------------|----------|-----------------------------|-----------|-----------------------|---------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| Traités | -0.062** | | -0.365*** | | -0.072* | |
| | (0.028) | | (0.116) | | (0.042) | |
| Micro-assurance santé uniquement | | -0.061** | | -0.373*** | | -0.073 |
| | | (0.029) | | (0.141) | | (0.050) |
| Micro-assurance santé et accompagnement médico-social | | -0.062* | | -0.356*** | | -0.070 |
| | | (0.035) | | (0.128) | | (0.049) |
| Moyenne groupe de contrôle | | 15% | | 10.5 | | 31% |

Absence d'étoile : coefficient non différent de 0, * : coefficient faiblement significatif (10% de marge d'erreur), ** : coefficient moyennement significatif (5% de marge d'erreur), *** : coefficient fortement significatif (1% de marge d'erreur)

Tableau VI-8: Evaluation de l'impact estimé de la micro-assurance santé sur les dépenses de santé, exprimé en pourcentage

| | A eu des difficultés de paiement | Dépenses de santé (En FCFA) | Impact sur l'activité |
|---|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Moyenne des groupes de contrôle | 15% | 10.5 | 31% |
| Effet du traitement* | -41.33% | -36,5% | -23% |
| Effet de la micro-assurance santé uniquement* | -40.67% | -37.3% | 0% |
| Effet de la micro-assurance santé + accompagnement médico-social* | -41.33% | -35.6% | 0% |

Méthode de calcul de l'effet en pourcentage = 100((Moyenne contrôle + Coefficient)-Moyenne contrôle)/Moyenne contrôle

D. Etat de santé

On ne note pas de différence significative de l'état de santé physique des répondants entre groupes bénéficiaires et groupes non-bénéficiaires, de manière subjective (état de santé évalué par le répondant) ou objective (capacités physiques du répondant). En revanche, bénéficiaire de la mutuelle est associé à une santé émotionnelle significativement supérieure de 10%. Nous associons ce résultat au fardeau financier et donc au poids mental que représente la gestion des dépenses de santé dans un ménage : l'assurance permet de réduire les conséquences financières indirectes d'un épisode de maladie, rendant son occurrence moins menaçante.

Tableau VI-9: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur l'état de santé des répondants

| | Faible santé physique (subjective) | | Faible santé physique (objective) | | Faible santé émotionnelle | |
|---|------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| Traités | -0.208 (2.654) | | -1.608 (1.685) | | -2.486** (1.236) | |
| Micro-assurance de santé uniquement | | -0.026 (3.328) | | -2.599 (1.967) | | -2.475* (1.290) |
| Micro-assurance santé et accompagnement médico-social | | -0.419 (2.760) | | -0.456 (2.043) | | -2.499 (1.738) |
| Moyenne groupe de contrôle | 10.66% | | 14.14% | | 25% | |

Graphique VI-1: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur l'état de santé des répondants

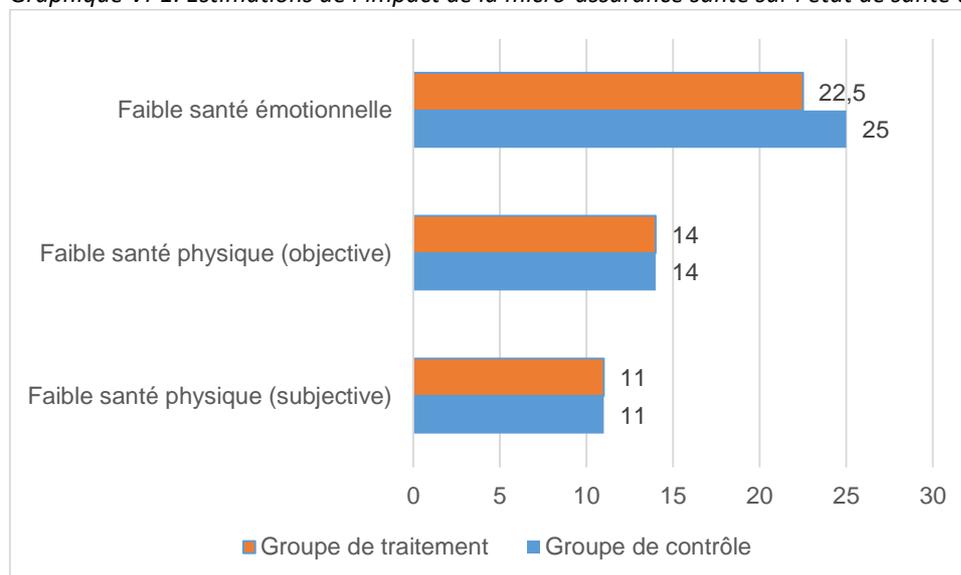


Tableau VI-10: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur l'état de santé des répondants, exprimé en pourcentage

| | Faible santé physique (subjective) | Faible santé physique (objective) | Faible santé émotionnelle |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| Moyenne des groupes de contrôle | 10.66 | 14.14 | 25 |
| Effet du traitement* | 0% | 0% | -9.94% |
| Effet de la micro-assurance santé uniquement* | 0% | 0% | -9.90% |

| | | | |
|---|----|----|----|
| Effet de la micro-assurance santé + accompagnement médico-social* | 0% | 0% | 0% |
|---|----|----|----|

*Méthode de calcul de l'effet en pourcentage = $100 * ((\text{Moyenne contrôle} + \text{Coefficient}) - \text{Moyenne contrôle}) / \text{Moyenne contrôle}$

E. Autonomisation des femmes

Nous avons également étudié l'impact de la mutuelle sur l'autonomisation des femmes. Pour cela, nous avons utilisé uniquement le sous-échantillon composé des femmes mariées avec un enfant (1231 femmes). La variable de résultat observée est un score composite d'autonomisation, constitué des différentes prises de décisions au sein du ménage (voir tableau V-2). Ce score s'exprime de 0 à 100, avec 0 indiquant que la femme ne participe à aucune des prises de décisions, et 100 indiquant que la femme est unique décisionnaire sur l'intégralité des décisions. La mutuelle de Tond Laafi permet d'augmenter significativement l'autonomisation des femmes de 2.5 points de pourcentage, soit 6% d'augmentation (colonne 1). Lorsque nous désagrégeons en type de décision, nous trouvons que l'impact positif de la mutuelle sur l'autonomisation concerne essentiellement les décisions relatives aux enfants, à savoir concernant leur éducation et leur santé (colonne 3 à 7).

Tableau VI-11: Estimations de l'impact de la micro-assurance santé sur le pouvoir de décision au sein du ménage

| | Score global | Score décisions femme | Score décisions enfants | Score décisions maris | Score décisions commune |
|--|--------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Traités | 2.596* | 2.106 | 3.916** | 2.400 | 0.988 |
| | (1.415) | (1.861) | (1.796) | (1.482) | (1.759) |
| Micro-assurance santé uniquement | 3.624** | 3.121 | 5.155** | 2.474 | 2.413 |
| | (1.616) | (2.100) | (2.086) | (1.775) | (1.994) |
| Micro-assurance santé et accompagnement médico-social | 1.413 | 0.935 | 2.495 | 2.315 | -0.651 |
| | (1.588) | (2.245) | (1.975) | (1.827) | (2.017) |
| Moyenne groupe de contrôle (0 : aucun pouvoir, 100: tous les pouvoirs) | 40.30 | 60.27 | 42.31 | 18.11 | 41.98 |

Score de décisions femme = Dépenses de l'argent de la femme, Accès aux soins si la femme est malade, Qui paye les soins si la femme est malade

Score de décisions enfants = Education des enfants, Accès aux soins si un enfant est malade, Qui paye les soins si un enfant est malade

Score de décisions mari = Dépenses de l'argent du conjoint, Accès aux soins si le conjoint est malade, Qui paye les soins si le conjoint est malade

Score de décisions commun = Achat de la nourriture et petits achats, Achats importants, Sociabilisation

Tableau VI-12: Evaluation de l'impact estimé de la micro-assurance santé sur le pouvoir de décision au sein du ménage, exprimé en pourcentage

| | Score global | Score décisions femme | Score décisions enfants | Score décisions maris | Score décisions commune |
|---|--------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Moyenne des groupes de contrôle | 40.3 | 60.27 | 42.31 | 18.11 | 41.98 |
| Effet du traitement* | 6.44% | 0% | 9.25% | 0% | 0% |
| Effet de la micro-assurance santé uniquement* | 8.99% | 0% | 12.18% | 0% | 0% |
| Effet de la micro-assurance santé + accompagnement médico-social* | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |

*Méthode de calcul de l'effet en pourcentage = $100 * ((\text{Moyenne contrôle} + \text{Coefficient}) - \text{Moyenne contrôle}) / \text{Moyenne contrôle}$