

Université de Montréal

SYSTÈME DE RECOUVREMENT DES COÛTS ET UTILISATION DU
MÉDICAMENT AU MALI

Par

Soumaïla Laye Diakité

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Philosophiae Doctor (Ph.D.)
en santé publique (organisation des soins de santé)

Janvier 1998

© Soumaïla Laye Diakité



WA
5
U58
1998
V.013

Université de Montréal

SYSTEME DE RECOURVEMENT DES COUTS ET UTILISATION DU
MEDICAMENT AU MALI

Soumise Laya Diarra

Department de médecine sociale et préventive

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de
Philosophie Doctor (Ph.D.)
en santé publique (évaluation des soins de santé)



Juillet 1998

© Soumise Laya Diarra

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

SYSTÈME DE RECOUVREMENT DES COÛTS ET UTILISATION DU
MÉDICAMENT AU MALI

Présentée par:

Soumaïla Laye Diakité

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Raynald Pineault	président - rapporteur
Pierre Fournier	directeur de recherche
Slim Haddad	codirecteur
Régis Blais	membre du jury
Jean-Pierre Grégoire	examineur externe
	Représentant du Doyen

Thèse acceptée le: 02.09.1998

SOMMAIRE

L'Initiative de Bamako (IB) a vu le jour en septembre 1987. Constatant la détérioration de la situation économique des pays africains et les difficultés rencontrées dans le financement et le développement des systèmes de santé publics, l'IB préconise de relancer et renforcer les stratégies de soins de santé primaires. Le recouvrement direct des coûts basé sur la rétrocession des médicaments essentiels en est l'élément opérationnel clé.

Notre étude vise: 1) à vérifier si la revitalisation des formations sanitaires publiques, telle que préconisée par l'IB, augmente leur utilisation; 2) à vérifier si elle conduit à une utilisation rationnelle des médicaments et 3) à analyser les facteurs qui sont associés à la consommation des médicaments modernes.

L'étude est réalisée au Mali, dans trois sites qui diffèrent en termes de système public d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts. La stratégie adoptée est celle d'une étude populationnelle transversale. Le devis de recherche retenu est une étude analytique corrélative.

Les informations sont recueillies par entrevues directes, l'enquêteur ayant la responsabilité de compléter le questionnaire. Les entrevues sont réalisées à l'aide de deux questionnaires structurés, un questionnaire pour les ménages et un questionnaire pour les personnes malades.

Les résultats montrent que lors d'un épisode de maladie, les personnes qui n'entreprennent aucune action thérapeutique sont très peu nombreuses; en revanche, l'automédication est un phénomène important, elle touche environ une personne malade sur trois. Une personne sur deux a recours à un prestataire de soins. D'une façon générale les différentes observations donnent à penser que les pratiques d'automédication et de recours ou non à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie dépendent moins de la revitalisation des systèmes publics que des caractéristiques de l'offre locale des médicaments et des soins.

La grande majorité des personnes qui consultent un prestataire de soins s'adressent à un prestataire de soins modernes. Le recours aux services de praticiens traditionnels est d'une façon générale faible. Notre étude apporte des éclairages nouveaux aux connaissances sur les effets de systèmes s'inspirant de l'Initiative de Bamako, sur l'utilisation des services de santé et des médicaments modernes. Elle montre que, lorsque l'offre de services est diversifiée, la revitalisation des formations sanitaires publiques conduit à une augmentation de leur utilisation. Celle-ci se fait par un transfert de la demande exercée sur les services de santé modernes en pratique privée et les thérapeutes traditionnels. En revanche, quand l'offre de services est rationnée, la revitalisation des services de santé publics n'a pratiquement pas d'effet sur la demande de soins. Dans ces conditions, ils sont utilisés même s'ils sont peu performants.

Les médicaments modernes sont largement utilisés. La prescription et la consommation des médicaments modernes ne peuvent pas être qualifiées de rationnelles y compris dans les sites où les formations sanitaires publiques sont revitalisées. La consommation d'antibiotiques et de produits injectables est élevée; le nombre moyen de médicaments acquis et consommé est relativement élevé. La consommation de médicaments sous forme générique se généralise, celle des médicaments de marque reste importante malgré leur prix élevé. Il en ressort entre autres que le statut socio-économique est un déterminant majeur de l'utilisation des médicaments et des services. Plus on est pauvre, moins on consulte un prestataire de soins, moins on consomme les médicaments modernes. Le problème d'inéquité dans l'accès aux soins et aux médicaments demeure des années après la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	I
Table des matières.....	IV
Liste des annexes.....	IX
Liste des tableaux.....	IX
Liste des figures.....	XV
Listes des abréviations.....	XVI
Dédicace.....	XVIII
Remerciements.....	XIX
CHAPITRE 1 Définition du problème et contexte de l'étude.....	1
1.1 Définition du problème.....	2
1.2 Contexte de l'étude.....	4
1.2.1 Présentation géographique.....	4
1.2.2 Situation politique.....	5
1.2.3 Situation économique.....	6
1.2.4 Situation socio-démographique.....	7
1.2.5 Situation sanitaire.....	9
CHAPITRE 2 État des connaissances.....	15
2.1 Initiative de Bamako.....	17
2.1.1 Les fondements de l'IB	17
2.1.2 Qu'est-ce que l'Initiative de Bamako	19
2.1.3 Les éléments clefs de l'IB	20
2.1.4 Les interrogations soulevées par l'IB	24
2.1.4.1 Équité	24
2.1.4.2 Efficacité	27
2.1.4.3 Utilisation rationnelle des médicaments	28

2.1.5	Conclusion	28
2.2	Utilisation du médicament dans les pays en développement.....	31
2.2.1	Consommation des médicaments	32
2.2.2	Prescription des médicaments	44
2.2.3	Vente des médicaments	50
2.3	Utilisation des services de santé en PED	61
2.3.1	Les caractéristiques de l'utilisation des services de santé en PED	61
2.3.2	Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé..	67
2.3.2.1	Les facteurs liés aux individus et à leur contexte familial	70
2.3.2.1.1	Le sexe	70
2.3.2.1.2	L'âge	71
2.3.2.1.3	Les caractéristiques de la famille	72
2.3.2.1.4	L'éducation	73
2.3.2.1.5	Le statut socio-économique	74
2.3.2.1.6	Autres facteurs	78
2.3.2.2	Les caractéristiques liées à la maladie	79
2.3.2.2.1	La nature de la maladie	79
2.3.2.2.2	La durée de la maladie	81
2.3.2.2.3	La gravité du problème de santé	81
2.3.2.3	Les caractéristiques liées aux services de santé ...	83
2.3.2.3.1	La qualité des services fournis	83
2.3.2.3.2	L'accessibilité géographique	86
2.3.2.3.3	Les coûts d'utilisation	87
2.4	Conclusion	91

CHAPITRE 3	Cadre d'analyse, stratégie et planification de la recherche	94
3.1	Modèle théorique	95

3.2	Objectifs, hypothèses de recherche	99
3.2.1	Objectifs	99
3.2.2	Hypothèses	103
3.3	Stratégie de recherche	106
3.4	Planification opérationnelle de la recherche	108
3.4.1	Population à l'étude	108
3.4.2	Échantillonnage	108
3.4.3	Définition opérationnelle des variables	112
3.4.3.1	Les variables dépendantes	112
3.4.3.2	Les variables indépendantes	114
3.4.4	Données: origine, collecte et qualité des instruments de recueil.....	121
3.4.4.1	Origine des données.....	121
3.4.4.2	Collecte des données.....	122
3.4.4.3	Qualité des instruments de recueil des données.....	124
3.4.5	Analyse des données	125
3.5	Pertinence de l'étude	125
3.6	Éthique et Confidentialité	126
CHAPITRE 4	Résultats	127
4.1	Présentation des variables et analyses préliminaires	128
4.1.1	Les variables dépendantes	128
4.1.1.1	Le comportement thérapeutique	129
4.1.1.1.1	Recours général	134
4.1.1.1.2	Recours à un prestataire de soins	139
4.1.1.1.3	Utilisation de services de santé modernes publics	140
4.1.1.2	Les variables liées à l'utilisation des médicaments	141

4.1.1.2.1	Utilisation de médicaments modernes.....	142
4.1.1.2.2	Utilisation d'antibiotiques	143
4.1.1.2.3	Utilisation de produits injectables	144
4.1.1.2.4	Utilisation de génériques et de médicaments de marque	146
4.1.1.2.5	Médicaments acquis	148
4.1.1.2.6	Observance du traitement	149
4.1.1.2.7	Source des médicaments	150
4.1.1.2.8	Le coût d'acquisition du médicament	152
4.1.2	Les variables indépendantes	154
4.1.2.1	Les variables d'intérêt	155
4.1.2.1.1	Site	155
4.1.2.1.2	Marché	155
4.1.2.2	Les variables socio-démographiques	156
4.1.2.2.1	Sexe	156
4.1.2.2.2	Âge	156
4.1.2.2.3	Niveau d'instruction	157
4.1.2.2.4	Position de la personne malade dans le ménage	159
4.1.2.2.5	Statut socio-économique	160
4.1.2.3	Les variables liées à la maladie	166
4.1.2.3.1	Symptômes	166
4.1.2.3.2	Gravité	168
4.1.2.3.3	Maintien des activités quotidiennes	169
4.1.2.3.4	Nombre de personnes malades	169
4.1.2.4	Les pratiques de soins familiales	170
4.1.2.5	Les opinions sur le système de recouvrement	173
4.1.2.6	Attitudes et opinions envers les médicaments	180

4.1.2.6.1	Forme de médicament préférée	180
4.1.2.6.2	Conditionnement préféré.....	181
4.1.2.6.3	Dangerosité des médicaments.....	182
4.2	Analyses multivariées	184
4.2.1	Le comportement thérapeutique	185
4.2.1.1	Les facteurs associés au recours à un prestataire de soins	185
4.2.1.2	Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé publics et privés	189
4.2.2	Utilisation des médicaments	192
4.2.2.1	Facteurs associés à l'utilisation de médicaments modernes	192
4.2.2.2	Facteurs associés à l'utilisation des antibiotiques	196
4.2.2.3	Facteurs associés à l'utilisation de médicaments injectables	199
4.2.2.4	Facteurs associés à la consommation des génériques et des médicaments de marques	203
4.2.2.5	Facteurs associés au nombre de médicaments acquis	207
4.2.2.6	Facteurs associés à la source d'acquisition des médicaments	210
4.2.2.7	Facteurs associés aux coûts des médicaments acquis	213
CHAPITRE 5	Discussion générale et limites de l'étude	218
5.1	Discussion générale	219
5.2	Limites de l'étude	252
	Conclusions et recommandations	254
	Références bibliographiques	265

Liste des annexes

Annexe 1	Guide méthodologique des enquêteurs.....	282
Annexe 2	Questionnaire "Répondant principal".....	288
Annexe 3	Questionnaire "Malades".....	308
Annexe 4	Principales caractéristiques des systèmes à l'étude.....	316
Annexe 5	Prix de certains médicaments dans les 3 sites.....	320

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques socio-démographiques de la population du Mali.....	8
Tableau 2	Proportion de personnes ayant déclaré utiliser les services de santé moderne et le système de santé traditionnel (Haddad, 1992).....	64
Tableau 3.	Facteurs associés à l'utilisation des services de santé.....	69
Tableau 4.	Utilisation des recours thérapeutiques selon la gravité de la maladie au Burkina Faso (Adapté de Sauerbon et coll; 1989)..	82
Tableau 5 a	États des principales caractéristiques des services de santé dans les trois sites.....	101
Tableau 5 b	États des principales caractéristiques des services de santé dans les trois sites (suite).....	102

Tableau 6	Classification des sites d'étude selon la performance des services publics et le niveau de concurrence.....	116
Tableau 7	Types et sources des données.....	121
Tableau 8	Répartition des personnes malades en fonction des choix successifs réalisés au cours de l'épisode de maladie (n = 824).....	130
Tableau 9	Répartition des personnes malades en fonction de l'itinéraire thérapeutique suivi (n = 824).....	132
Tableau 10	Répartition des personnes malades en fonction du recours thérapeutique et du site (n = 824).....	136
Tableau 11	Répartition des personnes malades selon le recours à un prestataire de soins et le site (n = 824).....	140
Tableau 12	Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation des services de santé modernes et le site (n = 407).....	141
Tableau 13	Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation des médicaments modernes au cours de l'épisode (n = 824).....	142
Tableau 14	Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation d'antibiotiques au cours de l'épisode (n = 669).....	144
Tableau 15	Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation de produits injectables au cours de la maladie (n = 669).....	145

Tableau 16 Répartition des personnes malades en fonction de la nature des médicaments utilisés (n = 669).....	147
Tableau 17 Répartition des personnes malades en fonction du nombre de médicaments acquis et consommés (n = 669).....	149
Tableau 18 Répartition des personnes malades en fonction de l'observance au traitement (n = 417).....	150
Tableau 19 Répartition des malades selon la source des médicaments acquis au cours de l'épisode de maladie (n = 669).....	151
Tableau 20 Coût d'acquisition des médicaments selon le site et le type de service moderne utilisé.....	152
Tableau 21 Répartition des personnes interrogées en fonction du site et du marché (n = 824).....	156
Tableau 22 Répartition des malades en fonction du sexe, de l'âge et du site (n = 824).....	157
Tableau 23 Répartition des malades selon le niveau d'instruction (n = 824).....	158
Tableau 24 Répartition des malades selon la position dans le ménage (n = 824).....	159

Tableau 25 Statut socio-économique: Analyse factorielle, coefficient et communautés (h_i^2); Analyse en composante principale Extraction à 3 facteurs après rotation oblimin (n = 824).....	161
Tableau 26 Matrice de corrélation des items du score de possession de biens modernes.....	163
Tableau 27 Répartition des malades en fonction des biens modernes et du site (n = 822).....	164
Tableau 28. Répartition des malades en fonction de la possession de bovins et de radio (n = 824).....	166
Tableau 29. Fréquence des principales plaintes rapportées par les répondants (n = 824).....	167
Tableau 30 Répartition des personnes malades selon la gravité déclarée de la maladie (n = 824).....	168
Tableau 31 Répartition des personnes malades selon le maintien des activités (n = 824).....	169
Tableau 32 Répartition des personnes interrogées selon le nombre de malades dans le ménage (n = 824).....	170
Tableau 33 Pratiques habituelles de la famille en cas de fièvre chez l'adulte (n = 824).....	171
Tableau 34 Pratiques habituelles de la famille en cas de toux chez l'enfant (n = 824).....	172

Tableau 35 Pratiques habituelles de la famille en cas de «gros ventre » chez l'enfant (n = 824).....	173
Tableau 36 Questions sur l'appréciation du système public; analyse en composante principale - Extraction à 2 facteurs après rotation oblmin, coefficient factoriels et communautés (hi ²) (n = 517)	175
Tableau 37 Matrice de corrélation des items constitutifs de l'opinion sur les systèmes publics.....	176
Tableau 38 Répartition des personnes malades selon le score de satisfaction et le site (n = 517).....	177
Tableau 39 Répartition des personnes interrogées selon leurs opinions sur le système local de recouvrement des coûts et le site (n = 517).....	179
Tableau 40 Répartition des personnes interrogées selon la forme préférée (n = 824).....	180
Tableau 41 Répartition des personnes interrogées selon leurs préférences en matière de conditionnement (n = 824).....	181
Tableau 42 Dangerosité des médicaments; Analyse en composante principale - Extraction à un facteur, coefficient factoriels et communautés (hi ²) (n = 824).....	182
Tableau 43 Répartition des personnes interrogées selon le score de dangerosité attribué aux médicaments modernes (n = 824).....	183

Tableau 44 Facteurs associés au recours à un prestataire de soins (n = 811)...	188
Tableau 45 Facteurs associés à l'utilisation des services de santé publics et privés (n = 406)	191
Tableau 46 Facteurs associés à l'utilisation des médicaments modernes (n = 818).....	195
Tableau 47 Facteurs associés à l'utilisation d'antibiotiques (n = 662).....	198
Tableau 48. Facteurs associés à l'utilisation de médicaments injectables (n = 662).....	202
Tableau 49 Facteurs associés à la consommation des génériques et des médicaments de marque (n = 464).....	206
Tableau 50 Facteurs associés au nombre de médicaments acquis lors de l'épisode de maladie (n = 662).....	209
Tableau 51 Facteurs associés à la source d'acquisition des médicaments (n = 482).....	212
Tableau 52a Facteurs associés au coût des médicaments acquis (modèle de base) (n = 502).....	214
Tableau 52b Facteurs associés au coût des médicaments acquis (modèle complet) (n = 502).....	217

Liste des figures

Figure 1 Carte du Mali.....	14
Figure 2 Utilisation du médicament: modèle conceptuel.....	98
Figure 3 Itinéraires thérapeutiques des personnes malades (n = 824).....	133
Figure 4 Distribution des recours thérapeutiques (variables recours général)..	137
Figure 5 Distribution de fréquence du coût d'acquisition des médicaments.....	153
Figure 6 Logarithme du coût d'acquisition du médicament.....	153

Liste des abréviations

AAT:	Abstention d'action thérapeutique
AT:	Autotraitement
APC:	Analyse en composante principale
BCR:	Bureau central de recensement
BM:	Banque mondiale
CFA:	Communauté francophone d'Afrique
CMDT:	Compagnie malienne de textile
COCEPSS:	Comité d'orientation, de coordination et d'évaluation des programmes socio-sanitaires
CRDI:	Centre de Recherche et de développement international
CROCEPSS:	Comité régional d'orientation et de coordination des études et programmes socio-sanitaires
CTSP:	Comité de transition pour le salut du peuple
EDS:	Enquête démographique et de santé
FED:	Fonds Européen et de développement
FMI:	Fonds monétaire international
IB:	Initiative de Bamako
INPS:	Institut national de prévoyance sociale
INRSP:	Institut national de recherche en santé publique
MSSPA:	Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées
OMS:	Organisation mondiale de la santé

OUA:	Organisation de l'unité africaine
PAS:	Programmes d'ajustement structurel
PED:	Pays en développement
PIB:	Produit intérieur brut
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le développement
PPM:	Pharmacie populaire du Mali
PT:	Praticien traditionnel
SSM:	Service de santé moderne
SSMPr:	Service de santé moderne en pratique privée
SSMPu:	Service de santé moderne public
SSP:	Soins de santé primaires
Unicef:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WHO:	World Health Organisation

Dédicace

A mon père et à ma mère:

Les mots n'expriment pas assez ce que j'éprouve aujourd'hui. Vous avez consenti d'énormes sacrifices pour assurer l'éducation et la réussite de vos enfants. Puisse le tout puissant vous garder longtemps auprès de nous.

A mes épouses Assitan Traoré et Assitan Diakité, pour le soutien et les sacrifices consentis durant mes études.

A mes enfants: Assa, Laye, Ibrahim, Coumba et Mahamoudou
puisse le courage de votre père vous servir d'exemple

A mes frères et soeurs: Oumar, Salimatou, Mariam, Moussa, Aminata et Awa

A tous mes amis et parents

REMERCIEMENTS

Je remercie de tout cœur mes directeurs Pierre Fournier et Slim Haddad pour le support exceptionnel qu'ils m'ont fourni tout au long de ce travail. C'est avec une grande disponibilité doublée d'une rigueur constante qu'ils ont assumé la direction de cette thèse. Ce travail est dans une large mesure le résultat de nos réflexions communes.

Je remercie Raynald Pineault pour sa disponibilité et ses précieux conseils.

Je remercie les professeurs et le personnel du département de médecine sociale et préventive, de l'unité de santé internationale pour le soutien qu'ils m'ont apporté pendant mes études.

Je tiens aussi à exprimer mes remerciements aux autorités maliennes, en particulier au Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, aux personnels des formations sanitaires des cercles de Niono, Koutiala et Gao, aux personnes qui ont collaboré à la cueillette des données ainsi qu'à toutes celles qui nous ont aidé d'une façon ou d'une autre. Une pensée émue va à notre collègue feu Dr Djigui Diakité.

Mes remerciements vont à mes collègues d'étude, particulièrement ceux et celles du local 7113, à mes compatriotes et amis: Oumar Touré, Mahamadou Touré, Samba Diop, Mamadou Dravé, Aboubacrine Maïga, Fatoumata Inna Maïga, Suzanne Dumais, Nima Machouf et Binta Diallo, pour leur soutien constant.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance au programme canadien de bourse de la francophonie qui a financé mes études ainsi qu'à tout son personnel.

Enfin, mes remerciements vont aux nombreux parents et amis que je ne pourrais citer ici.

Chapitre 1: Définition du problème et Contexte de l'étude

1.1 Définition du problème

Au lendemain des indépendances, dans les années soixante, les pays africains ont massivement investi dans la santé. Il s'agissait essentiellement d'investissements dans l'infrastructure et la formation du personnel. Malheureusement depuis le début des années quatre-vingt, l'Afrique connaît une situation économique particulièrement difficile. Les services de santé sont confrontés à une crise de financement, qui est avant tout celle du financement des coûts de fonctionnement.

C'est dans un tel contexte de crise économique et financière qu'est née en 1987, sous l'égide du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'Initiative de Bamako (IB). Elle vise à revitaliser les Soins de Santé Primaires (SSP), dont la mise en oeuvre a connu des succès variables en Afrique. Le recouvrement direct des coûts¹ basé sur la rétrocession des médicaments essentiels en est l'élément opérationnel-clé. D'une part, elle renforce les politiques de médicaments essentiels qui doivent garantir une meilleure distribution et une meilleure utilisation de ces produits (qui sont une composante indissociable des services de santé). D'autre part, les revenus ainsi générés visent à pallier aux "déficiences" constatées afin de permettre d'assurer la pérennité des services de santé publics tout en améliorant leur qualité (Haddad et Fournier, 1993).

Depuis son lancement, l'Initiative de Bamako soulève de nombreuses questions en termes d'équité et d'efficience. En effet, l'IB est fondée sur le fait que la rétrocession des médicaments essentiels permet leur approvisionnement régulier à un coût généralement inférieur à celui des autres fournisseurs, ce qui procure un avantage aux services publics dont l'image de qualité se trouve rehaussée. Elle occulte le fait que les plus démunis, en dépit des mesures d'accompagnement préconisées, peuvent se trouver exclus du système. Les différentes expériences menées en Afrique, n'ont pas encore une durée qui permette de statuer de façon claire et définitive sur ces questions (McPake et coll., 1992, Haddad et Fournier, 1993).

La présente recherche a pour objectif d'analyser les effets de certaines caractéristiques des services de santé sur l'utilisation des médicaments; ces caractéristiques étant celles-là même que les systèmes s'inspirant de l'Initiative de Bamako cherchent à modifier (coût, disponibilité des médicaments génériques, revitalisation des services de santé, implication de la communauté, etc.). Elle se propose également de vérifier certains fondements sur lesquels est basée l'Initiative de Bamako à savoir qu'un approvisionnement régulier en médicaments essentiels alimenté par un mécanisme de paiement ainsi que l'éducation des prescripteurs et des utilisateurs conduisent à une utilisation rationnelle² des médicaments. Enfin elle vise à apporter un certain nombre de propositions et recommandations concernant les systèmes dérivant de l'IB.

¹ C'est le paiement par la communauté et les individus d'une partie ou de la totalité des coûts des services qui leur sont fournis

² Dans le sens de conforme aux normes biomédicales établies.

Notre étude s'inscrit dans une recherche plus large menée par l'Unité de Santé Internationale de l'Université de Montréal et l'Institut National de Recherche en Santé Publique de Bamako (INRSP), portant sur le marché du médicament au Mali. Elle s'est déroulée dans trois cercles (districts): Niono, Gao et Koutiala. Elle a bénéficié d'un financement du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et du Centre de Recherche et de Développement International (CRDI).

1.2 Contexte de l'étude

1.2.1 Présentation géographique

Situé au centre de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un vaste pays continental. Jadis cet atout lui donnait un rôle de "carrefour des échanges". Depuis la continentalité est devenue un handicap dans un monde où le transport maritime est un instrument privilégié des échanges économiques. Avec une superficie de 1 241 238 km² le pays partage ses frontières avec l'Algérie au nord, le Niger à l'est, le Burkina Faso au sud-est, la Côte d'Ivoire au sud, la Guinée Conakry au sud-ouest, le Sénégal à l'ouest et la Mauritanie au nord-ouest. Du sud au nord, le Mali a un quart de son territoire dans la zone soudanienne, la moitié dans le Sahel et le dernier quart dans le désert du Sahara.

Le relief est peu accidenté, constitué essentiellement de plaines et de bas plateaux (l'altitude moyenne est de 500 mètres). Le régime hydrographique est principalement

constitué par les bassins du Haut - Sénégal et du Niger. Deux fleuves et leurs affluents traversent le pays, le fleuve Niger et le fleuve Sénégal. Le régime de l'ensemble de ce réseau est tropical: hautes eaux en période d'hivernage et basses eaux en saison sèche. Du point de vue pluviométrie, les précipitations varient d'une zone climatique à l'autre. La moyenne annuelle des pluies varie entre 1300 et 1500 millimètres dans la zone soudanienne et dépasse rarement 200 millimètres en zone saharienne. La rigueur du climat, la mauvaise répartition des pluies dans le temps et dans l'espace ainsi que les nombreuses sécheresses entraînent souvent une régression de l'activité économique dont la base est essentiellement agropastorale.

1.2.2 Situation politique

Le Mali a accédé à l'indépendance le 22 Septembre 1960 mettant ainsi fin à une longue période de domination coloniale. La première République caractérisée par un régime socialiste, a instauré le parti unique. En 1968, un coup d'État militaire met fin à cette expérience et porte au pouvoir des jeunes officiers qui installent à leur tour un autre parti unique. Le 26 Mars 1991 un soulèvement populaire met fin à 23 ans de dictature. Un Comité de Transition pour le Salut du peuple (CTSP) est mis en place et un gouvernement de transition installé. Ces deux institutions ont géré le pays et assuré le processus devant conduire aux élections pluralistes en Juin 1992. Le Mali est actuellement dirigé par un président de la République élu au terme d'élections au suffrage universel, un Gouvernement, une Assemblée Nationale et un pouvoir judiciaire indépendant. D'autres institutions telles que la Cour Constitutionnelle, le

Haut Conseil des Collectivités Territoriales, le Conseil Économique, Social et Culturel ont été mises en place pour assurer le fonctionnement régulier de l'État de Droit et garantir les acquis démocratiques.

1.2.3 Situation économique

Comme la plupart des États Africains en général et particulièrement ceux de l'Afrique au sud du Sahara, le Mali a une économie dont les ressources proviennent en premier chef de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche. C'est dire que le secteur primaire est la sève nourricière de l'économie. En effet, il occupait en 1995, plus de 80 pour cent de la population active et représentait 44 pour cent du Produit Intérieur Brut (PIB), alors que le secteur secondaire (industrie) ne représentait que 16 pour cent du PIB et celui du tertiaire (commerces et services) 40 pour cent (EDS II, 1996). Parallèlement aux ressources agricoles, le Mali a des potentialités énergétiques, touristiques et artisanales, de même que minières non négligeables. La crise économique des années 1980 a amené le pays à adopter dès 1982 le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) et un réajustement monétaire (dévaluation du franc CFA³) en 1994.

³ Le franc CFA est la monnaie locale; 1 \$ca vaut en moyenne 400 francs CFA.

1.2.4 Situation socio-démographique

La population du Mali est estimée en 1995 selon le scénario II des projections réalisées sur la base des résultats du recensement général de la population de 1987 à 9 012 828 habitants (Bureau Central du Recensement, 1992). Le taux d'accroissement naturel est de 3,7 pour cent. La population est inégalement répartie sur le territoire national, plus des deux tiers de la population se concentrent sur moins du tiers du pays. Au plan social, le Mali se classe parmi les pays les moins avancés, 167ème pays sur 173 au classement des indicateurs de développement humain (PNUD, 1995). Soixante-douze pour cent de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté (Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées, 1996); le revenu annuel moyen par habitant est de 134 945 CFA (soit environ 337,36 dollars canadiens). Les principales caractéristiques socio-démographiques sont présentées au Tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques socio-démographiques de la population du Mali

Caractéristiques	Pourcentage
Sexe	
Masculin	49%
Féminin	51%
Âge	
Moins de 15 ans	46%
15 à 54 ans	48%
55 ans et plus	6%
Résidence	
Urbaine	22%
Rurale	78%
Croissance démographique	3,7% par an en 1987
Taux d'alphabétisation	22,9% en 1994
Taux brut de scolarisation	39% au 1er cycle en 94/95
Taux brut de natalité	49,6 pour 1000
Taux brut de mortalité	12,6 pour 1000
Indice synthétique de fécondité	6,8
Espérance de vie à la naissance	56,9 ans en 1987
Couverture sanitaire	30% dans un rayon de 5 kms
Accès à l'eau potable	49% de la population rurale et au moins 50% de la population urbaine

1.2.5 Situation sanitaire

La politique sanitaire du Mali est conforme, d'une part, aux grands principes de l'Organisation Mondiale de la Santé dont il est membre et d'autre part à ses réalités socio-économiques et culturelles. Elle est fondée sur le principe d'universalité qui fait de la santé un droit fondamental de tout malien et de l'action sanitaire une oeuvre sociale de solidarité de l'État, des collectivités et de l'individu. La priorité de l'action sanitaire est réservée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien-être de la famille.

L'organisation du système de santé suit le découpage administratif du pays. Aux niveaux national et régional on ne réfère qu'aux structures administratives alors qu'au niveau périphérique on inclut les services. Le district de Bamako est un cas particulier où se trouvent les hôpitaux nationaux, les centres de santé de communes et des centres de santé communautaires. Une structure de gestion comprenant les différents intervenants en santé et les représentants des populations se trouvent aux différents niveaux: Comité d'orientation, de coordination et d'évaluation des programmes socio-sanitaires (COCEPSS) au niveau national; Comité régional d'orientation et de coordination des études et programmes socio-sanitaires (CROCEPSS) au niveau régional; Conseil de gestion de centre de santé au niveau des cercles et des arrondissements.

L'adoption de la politique de soins de santé primaires (SSP) préconisée par l'OMS en 1978 a renforcé les actions entreprises avec une décentralisation des services de santé. Cependant malgré les progrès réalisés, la situation sanitaire est loin d'être satisfaisante et la part des dépenses de santé dans le PIB (1%) n'a pas varié depuis l'indépendance (EDS II, 1996). La morbidité et la mortalité sont très élevées, la couverture sanitaire est faible et il y a une insuffisance notoire de ressources pour financer les services et les soins de santé. Cette situation a conduit le gouvernement du Mali à adopter l'Initiative de Bamako dès son lancement et d'élaborer en 1989 un cadre conceptuel pour sa mise en oeuvre.

Les stratégies envisagées mettent entre autres l'accent sur la mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels, le développement d'un réseau de distribution des médicaments essentiels à tous les niveaux et la mise en place d'un système de recouvrement de coûts dans les structures communautaires permettant de renouveler les stocks de médicaments et de financer en partie ou en totalité les charges récurrentes des services de santé (Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, 1989). Des projets pilotes de recouvrement de coûts ont donc vu le jour un peu partout à travers le pays. Notre recherche a été menée dans trois cercles (District). Deux des cercles (Niono et Gao) hébergent des projets de recouvrement des coûts avec disponibilité de médicaments essentiels et le troisième (Koutiala) n'en a pas (au moment de l'enquête). Une présentation sommaire des trois sites est nécessaire pour mieux comprendre les résultats et surtout certaines interprétations de ces résultats. Notons que dans chaque cercle, à l'exception de

celui de Gao, l'enquête a été réalisée dans une ville (le chef-lieu de cercle) et dans un village. A Gao, elle s'est déroulée uniquement dans la ville de Gao⁴.

❖ Le site de Koutiala

Il est le principal site témoin de l'étude (absence de système de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques). L'enquête s'est déroulée dans la ville de Koutiala et dans le village de Molobala situé à environ 30 kms. La population totale de la ville avoisine les 40 000 habitants et celle de Molobala est estimée à 4200 personnes. Koutiala est situé au cœur de la région de production cotonnière du pays. C'est également un important site industriel. Du fait de cette situation, il est relativement prospère. La ville est subdivisée en 11 quartiers. On y dénombre quatre marchés dont l'un, situé au centre ville est nettement plus important que les autres. L'enquête de milieu a montré que l'offre de services de santé est relativement diversifiée. Outre les services qu'offre le centre de santé de cercle (formation sanitaire publique), il existe un centre de santé communal dépendant de la mairie, un centre de santé géré par la mission catholique, un centre médical interentreprises géré par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), un dispensaire dépendant de la fédération des anciens combattants, deux infirmeries d'usine (usines Huicoma et CMDT), un cabinet de soins géré par un infirmier d'État ainsi que deux cabinets de soins "informels".

L'offre de médicaments est également diversifiée. Quatre officines de pharmacies privées, un dépôt de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), la pharmacie du centre de la mission catholique, et un grand nombre de vendeurs informels (dans les marchés, vendeurs ambulants et quelques boutiques) alimentent la ville en médicaments modernes. Dans le village de Molobala, on trouve un dispensaire tenu par un infirmier d'État dans lequel la pénurie de médicaments est totale et un dépôt

⁴ Aucun des "magasins - santé" (dépôt de médicaments des formations sanitaires publiques de Gao) situés dans des villages, n'était au moment de l'enquête, fonctionnel.

qui fait office de petite pharmacie. Des vendeurs informels de médicaments installent leurs étals le jour de la foire hebdomadaire.

❖ **Le site de Niono**

Situé dans la région administrative de Ségou, le cercle de Niono est partiellement situé dans les périmètres irrigués par l'Office du Niger. C'est une des principales zones de production agricole du pays, notamment de riz et de canne à sucre. Le cercle bénéficie de l'appui du projet Soins de Santé Primaires (SSP) de la région de Ségou. Ce projet, soutenu par la coopération néerlandaise, s'inscrit dans la ligne des politiques suscitées par l'IB. Un système de recouvrement des coûts basé sur la rétrocession du médicament essentiel y est notamment implanté depuis 1989. L'enquête s'est déroulée dans la ville de Niono et dans les villages de Coccody et Touba distants d'un kilomètre l'un de l'autre et situés à environ 30 kms de Niono. La ville compte trois quartiers délimités par les canaux d'irrigation. Elle est située dans un bas fonds qui rend difficile l'écoulement des eaux de pluie et des eaux usées. Plus encore que Koutiala, il s'agit d'une ville très cosmopolite, dont la population est fluctuante et dont les habitants sont de l'ordre de 20 000.

L'offre de services de santé est légèrement moins diversifiée qu'à Koutiala. On y dénombre un centre de santé de cercle (formation sanitaire publique), trois cabinets de soins dirigés par des infirmiers à la retraite et un centre médical interentreprises tenu par un infirmier d'État (il est régulièrement approvisionné en médicaments par la direction à Bamako). Deux jeunes médecins sont installés en pratique privée à Ndébougou et à Molodo (deux villages situés respectivement à 5 et 10 kms de Niono). L'offre de médicaments modernes est constituée par le dépôt de médicaments essentiels du centre de santé de cercle, deux officines de pharmacies privées, deux dépôts pharmaceutiques privés et un nombre difficile à préciser de vendeurs informels. Les deux villages ont une population totale approximatives de 5 500 habitants. Il n'y a pas de foire hebdomadaire à Coccody, elle a lieu le samedi à Touba. Réunis en une association communautaire, les habitants de 5 villages ont

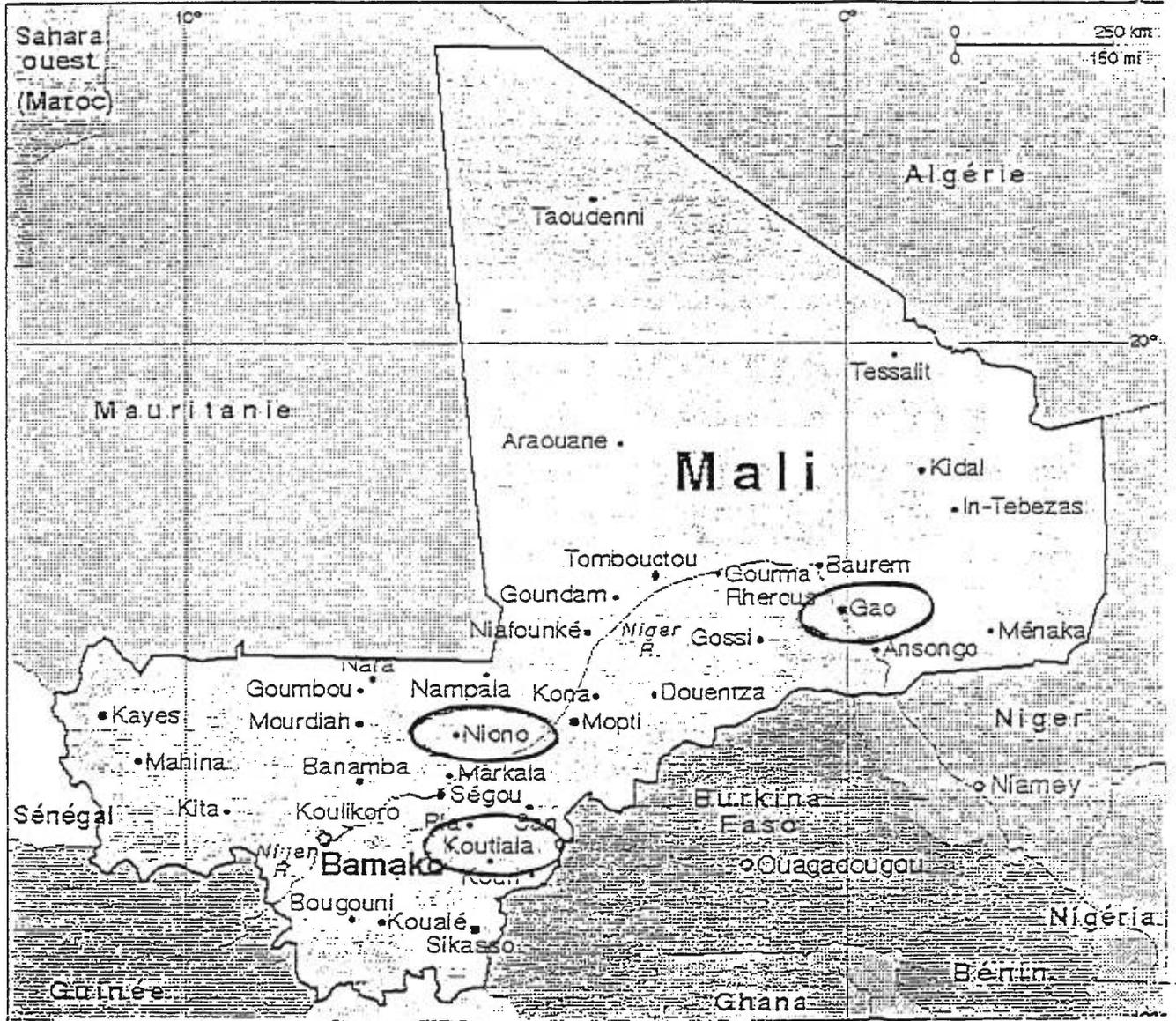
construit à Coccody, un centre de santé. Il est tenu par une infirmière et dessert également les habitants de Touba et des trois autres villages. Un système de recouvrement des coûts y a été implanté avec l'appui du centre de santé de cercle et les médicaments essentiels y sont disponibles.

❖ Le site de Gao

Situé à 1 200 kms de Bamako, la ville de Gao a une population estimée à 30 000 habitants. Gao est située dans le désert du Sahara et est reliée à Bamako par une route entièrement bitumée. Les principales ethnies sont les sonrhais et les tamachèques. Gao a connu ces dernières années une période difficile, marquée par une forte insécurité (rébellion Touaregs)⁵ et des capacités d'échanges limitées avec le reste du pays. L'économie, essentiellement basée sur l'élevage, la pêche et l'artisanat, s'en est fortement ressentit. Il existe dans la région un projet de médicaments essentiels dit "projet magasins - santé", qui bénéficie de l'appui financier du Fonds Européen de Développement (FED). Un système de recouvrement des coûts basé sur la rétrocession du médicament essentiel y est notamment implanté depuis 1986. Dans la ville on dénombre un hôpital régional, un centre de santé de cercle, deux dispensaires de quartier relevant du centre de santé de cercle et une maternité. Il existe également un centre médical inter-entreprises relevant de l'INPS, un centre de santé géré par une mission religieuse et un médecin installé en libre pratique (il exerce peu). Outre le dépôt de médicaments essentiels du centre de santé de cercle, l'offre de médicaments modernes est assurée par le centre de santé de la mission et deux officines de pharmacies privées dont l'une relève de la PPM. On note également la présence de quelques vendeurs informels dans les marchés de la ville.

⁵ De 1990 à 1994 la région de Gao a connu une rébellion armée déclenchée par les Touareg qui revendiquaient leur autonomie.

Figure 1:
Carte du Mali



Chapitre 2: Etat des connaissances

Compte tenu des objectifs⁶ de notre étude qui, rappelons le, visent entre autres à analyser les effets de certaines caractéristiques des services de santé (coût, disponibilité des médicaments génériques, revitalisation des formations sanitaires publiques et implication des communautés) sur l'utilisation des médicaments modernes, à vérifier certains fondements de l'IB, nous structurerons la présente recension des écrits de la façon suivante:

- 1) La première partie décrit l'IB dans ses grands axes (ses fondements, sa définition, ses objectifs et stratégies, les principes qui la sous-tendent, ses éléments clés et surtout les interrogations qu'elle soulève). Cette première partie est nécessaire pour comprendre le contexte et le cadre politique de l'étude.
- 2) La seconde partie est consacrée à l'utilisation du médicament dans les PED. Elle fait le point sur la consommation, les pratiques de prescription et de vente des médicaments.
- 3) Le médicament est un élément central de l'Initiative de Bamako; il doit permettre de dynamiser l'utilisation des services de santé publiques. Aussi la dernière partie porte-t-elle sur l'utilisation des services de santé en pays en développement (ses caractéristiques ainsi que les facteurs qui lui sont associés). Toute notre recherche est structurée autour de ces trois points.

⁶ Voir chapitre définition du problème à la page 2.

2.1 Initiative de Bamako (IB)

2.1.1 Les fondements de l'IB

Les pays d'Afrique au sud du Sahara ont connu une croissance économique encourageante pendant les années soixante, mais des tendances négatives ont persisté depuis le début des années soixante-dix et se sont accentuées dans les années quatre-vingt (Unicef, 1990a). Le marasme économique dans lequel se trouve aujourd'hui ces pays, est le fait à la fois de facteurs externes comme la crise économique, la détérioration sans cesse croissante des termes de l'échange, l'accumulation de la dette, les sécheresses, etc. et de facteurs internes comme les politiques gouvernementales inadéquates, les guerres civiles, les détournements de fonds publics par les dirigeants. Pour lutter contre ces tendances et redresser leur économie chancelante, la plupart des pays de la région, ont entrepris, avec l'appui du Fonds Monétaire International (F.M.I.) et de la Banque Mondiale (BM) des programmes d'ajustement structurel. Ces programmes, à court terme du moins, ont conduit à une austérité croissante (Unicef, 1990a).

Les secteurs sociaux comme la santé et l'éducation ont été les plus touchés. Les budgets de la santé de nombreux pays ont diminué en termes réels tandis que les besoins ont augmenté considérablement (McPake et coll., 1992; Jarrett and Oforu-Amaah, 1992). Les dépenses de santé par habitant sont passées en moyenne de 5,16 dollars US en 1975 à 4,7 dollars US en 1985 (Vogel, 1989). Au Mali, la

réduction de la dépense de santé par habitant pour la même période a été de 30,4 pour cent (Vogel, 1989) et la part relative du budget de l'état affecté à la santé a subi une décroissance importante malgré une augmentation de la demande de services (Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Mali, 1989). Ces "coupes" budgétaires conjuguées à une gestion médiocre, au gaspillage et à la mauvaise utilisation des ressources (rares de surcroît), sont à la base d'une pénurie chronique de médicaments, d'une déficience des services, de la détérioration des infrastructures sanitaires, d'un manque de personnel qualifié et d'une faible motivation des agents de santé, qui entraînent à leur tour, une mauvaise prise en charge des malades (Unicef, 1995). Il en résulte un faible attrait pour les services de santé publics, devenus comme des "bâtisses hantées", qui amène les patients à plutôt s'adresser à d'autres fournisseurs de soins ou de médicaments.

C'est pour répondre à cette situation que les Ministres de la santé des pays africains, réunis à Bamako, Mali, en septembre 1987, appuyés par l'Unicef et l'OMS, ont adopté lors de la trente-septième session ordinaire du comité régional de l'OMS pour l'Afrique, une Initiative dite de Bamako. La réflexion de base, l'origine de l'idée et le processus par lequel les ministres et les organisations internationales ont décidé d'approuver cette initiative ne figurent dans aucun document (McPake et coll., 1992). L'Unicef souligne son rôle de promoteur des idées émises par les pays africains plutôt que de décideur.

2.1.2 Qu'est-ce que l'Initiative de Bamako?

L'Initiative de Bamako est un "mouvement" formé pour refocaliser et renforcer les Soins de Santé Primaires (SSP), avec un accent particulier sur la santé maternelle et infantile (Jarret et Ofosu-Amaah, 1992). Elle vise à renforcer les actions à assises communautaires pour améliorer la survie et la qualité de vie des femmes et des enfants en particulier en mettant en place des systèmes de financement communautaire principalement fondés sur l'approvisionnement et la vente des fournitures et des médicaments essentiels (OMS, 1988).

Les promoteurs soulignent huit principes qui la sous-tendent. Ces principes vont de l'engagement national à la définition claire des objectifs des systèmes de santé intermédiaires, en passant par une réelle décentralisation du pouvoir de décision vers les districts, une gestion décentralisée des ressources communautaires, l'application de principes cohérents de financement communautaire pour les services de santé à tous les échelons du système de santé, un soutien financier important des pouvoirs publics aux SSP, une compatibilité et une complémentarité des politiques de médicaments par rapport à un développement rationnel des SSP et l'application de mesures permettant aux plus pauvres d'avoir accès aux SSP (Unicef, 1990c). On ne précise cependant pas si ces "principes" sont considérés comme des pré requis au financement de l'Initiative, comme des objectifs pour les activités qui relèvent de l'Initiative ou comme une description des éléments qui doivent la composer (McPake et coll., 1992).

Rappelons que la résolution AFR/RC37/R6 adoptée par la trente-septième session du comité régional de l'OMS à Bamako, et la recommandation E/ICEF/1988/P.L.40 du conseil exécutif du Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE) constituent les bases de l'IB. Rappelons également que les chefs d'États et de gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA), ont apporté un appui politique de taille à l'Initiative en y souscrivant entièrement lors de la quarante-huitième session ordinaire qui s'est tenue à Addis Abeba, Ethiopie, du 19 au 23 Mai 1988.

2.1.3 Les éléments clefs de l'IB.

L'Initiative de Bamako est axée autour de quatre éléments clés à savoir: (1) la revitalisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique; (2) l'accessibilité à des médicaments de qualité à prix abordable; (3) le partage des coûts par le financement communautaire et (4) l'implication de la communauté dans le processus décisionnel.

La revitalisation et l'extension des services de santé impliqueraient non seulement la réfection des infrastructures sanitaires existantes, mais aussi la construction de nouvelles infrastructures (dans certains pays africains, plus de la moitié de la population vit à plus de dix kilomètres du centre de soins primaires le plus proche), l'équipement adéquat des formations sanitaires et surtout la formation continue, le recyclage et la supervision régulière des agents de santé.

La disponibilité permanente des médicaments essentiels serait de loin le plus important des quatre éléments clés. Elle constituerait un pré requis à plusieurs activités des SSP et fournirait, selon plusieurs instances la crédibilité des services de santé aux yeux de la communauté (Jarrett et Ofusu, 1992). Les consommateurs paient pour leurs médicaments; le prix de ces médicaments est inférieur à celui auquel la communauté les obtient auprès d'autres sources.

Des quatre éléments de l'Initiative de Bamako, le financement communautaire est celui qui a le plus retenu l'attention. Il fait référence à des systèmes de mobilisation de ressources supplémentaires par les services de santé primaires "dans lesquels les communautés partagent la responsabilité de la gestion et des services de santé" (Parker et Knippenberg, 1991). Il viserait à améliorer l'accès des populations aux services en termes de couverture géographique et d'envergure; à améliorer la qualité des soins telle qu'elle est perçue par les populations; à assurer des services abordables à la population; à rendre le personnel de santé responsable et attentif aux besoins de la population et à promouvoir une utilisation efficace des ressources aux niveaux des ménages et du système de santé (Unicef, 1990a). Quoi qu'en disent les promoteurs de l'IB, le financement communautaire vise avant tout à générer des ressources.

Théoriquement la participation communautaire est au cœur de l'Initiative de Bamako; elle serait essentielle à sa réussite, mais elle est vague et mal définie dans les documents directifs (McPake et coll., 1992). Pour l'Unicef et l'OMS (1978), la

participation communautaire est "un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté". Il existe trois logiques qui sous-tendent la participation communautaire (Fournier et Potvin, 1995):

- la participation qui vise l'investissement de pouvoir, "c'est un processus qui permet à un ou à des groupes défavorisés de prendre conscience des forces qui les oppriment, souvent de s'organiser et de s'investir de pouvoir";
- la participation démocratique, c'est celle qui cherche à répondre aux principes de base d'une démocratie comme par exemple la liberté d'expression, le vote, la représentativité des différents groupes y compris les plus défavorisés;
- la participation utilitariste, est celle où la dynamique initiale est impulsée de l'extérieur et la finalité est également définie de l'extérieur. Dans un cas pareil, le principal souci de la communauté est de répondre aux exigences de l'agence d'exécution et des bailleurs de fonds.

Dans le cas de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire semble suivre cette dernière logique. La question se pose dès lors de savoir si la participation communautaire telle qu'elle est envisagée par l'IB a concrètement pour effet d'encourager et d'aider les communautés à participer aux différentes décisions qui

touchent la santé de leurs membres ou simplement de réunir des ressources en faisant payer les services. Il semble qu'on attend des communautés tout un ensemble de fonctions qui exigent divers degrés de compétences qu'elles n'ont pas nécessairement.

La diversité des éléments et le niveau de compétence requis pour avoir une "participation significative" risque d'être un obstacle à une réelle participation de la communauté (McPake et coll., 1992). Pour l'heure, le lien le plus clairement établi est d'ordre financier. C'est peut être la raison pour laquelle certains auteurs (Fournier et Potvin, 1995), se demandent si la participation communautaire dans le cadre de l'Initiative de Bamako n'est pas un vocable vide de sens ou même détourné de son sens. En effet, dans certains pays, les comités transmettent davantage les informations des services de santé vers la population que dans le sens inverse (McPake et coll., 1992). Il y a donc information plutôt que communication et participation.

En définitive, si théoriquement la participation communautaire est un élément important dans l'IB, sa mise en pratique sur le terrain semble poser des difficultés. Amener les communautés à remplir les rôles qui sont les siens dans une participation réelle, est aujourd'hui, l'un des défis et des aspects les plus difficiles à concrétiser dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Il n'est pas toujours aisé de favoriser la participation communautaire à l'intérieur d'une stratégie déjà définie aux niveaux national et international. L'obligation de savoir lire et écrire, compte tenu du

niveau de scolarisation assez faible en Afrique, risque de limiter la composition des comités de santé aux catégories instruites de la population et donc de limiter leur représentativité. La participation communautaire dans le cadre de l'IB a été dans une grande mesure réduite à la dimension participation financière et pour certains auteurs ceci ne saurait être défini comme étant de la participation communautaire.

2.1.4 Les interrogations soulevées par l'IB.

Dès son adoption, l'IB a soulevé de nombreuses questions notamment en termes d'équité, d'efficacité et d'utilisation rationnelle.

2.1.4.1 Équité:

Elle a été dès le début, au centre de la controverse entourant l'Initiative. Le principe du paiement par les usagers pour accéder aux services et aux médicaments constitue un obstacle pour les plus pauvres et il est contraire à l'équité (Dumoulin et Kaddar, 1993). Ceci est d'autant plus préoccupant que la grande majorité des pays qui ont mis en place des politiques s'inspirant de l'IB sont des pays très démunis. Au terme d'une évaluation de l'Initiative de Bamako réalisée dans cinq pays d'Afrique au sud du Sahara, McPake et coll., (1992) rapportent que certaines communautés dans leur totalité ou en partie, n'ont tout simplement pas accès aux services de santé par manque d'argent et que les familles élargies n'ont parfois pas les moyens de payer des services plus coûteux qui incluent éventuellement des services de base.

La tarification adoptée peut avoir un effet important de sur utilisation ou de sous utilisation des services de santé. Le paiement direct (paiement à la visite, paiement par épisode de maladie et paiement séparé pour les consultations et les médicaments) pose un problème d'équité aigu, en ce sens que le financement du fonctionnement des formations sanitaires semble assuré par les seuls malades. Même si aucune forme particulière de participation financière n'est mise en avant par l'IB, force est de reconnaître que dans la très grande majorité des systèmes mis en place, le paiement direct est la forme dominante. Les autres mécanismes qui sont des formes de cotisations, tendent à répartir de façon plus équitable les charges financières sur l'ensemble de la population. Ils risquent cependant, d'encourager l'exclusion volontaire de ceux dont la santé présente le moins de risque et le recrutement de ceux dont le risque est le plus élevé (phénomène de risque moral et de sélection adverse). Cette "sélection préjudiciable" peut être marquée dans les contextes où la présence de services de qualité de manière permanente n'est pas assurée (McPake et coll., 1992).

Les observations initiales suggèrent que la solidarité communautaire (famille étendue, voisins, amis ou autres) peut fournir une protection limitée. Les groupes marginalisés qui comprennent éventuellement des catégories sociales telles que les veuves, semblent passer au travers du filet de sécurité traditionnel (McPake et coll., 1992). Différentes options ont été proposées afin d'assurer leur accès aux services essentiels (Unicef, 1990a). Les principales sont: 1) l'évaluation des moyens permettant d'identifier les personnes incapables de payer et de leur accorder des

exemptions; 2) l'octroi de subventions destinées aux groupes à risque comme par exemple la subvention des soins maternels et des services de santé gratuits pour tous les enfants et non uniquement pour les élèves; 3) la fixation de prix différentiels avec des tarifs plus élevés pour les soins "non essentiels" qui subventionneraient les soins "essentiels". Les soins curatifs subventionneraient ainsi les prestations de soins préventifs. Soulignons que ces différentes options peuvent se combiner ou être utilisées isolément. La survie du système étant liée en grande partie à sa viabilité financière (pour renouveler le stock de médicaments et le petit matériel, pour entretenir les locaux et même pour "encourager" le personnel), peu de systèmes se préoccupent réellement de ces mesures visant à établir un semblant d'équité.

Il a également été proposé que l'État oriente son action vers les biens collectifs (vaccinations par exemple) et les populations à revenus les plus faibles. Dans la réalité ceci n'a jamais pu être concrétisé pour de multiples raisons politiques et économiques. Les États semblent au contraire profiter de la participation financière des communautés pour se "désengager" du secteur de la santé. Un autre aspect de l'inéquité soulevé par l'Initiative de Bamako est le fait de fournir des soins gratuits dans les hôpitaux urbains alors qu'on s'attend à ce que les communautés rurales payent les mêmes services (Jarrett et Ofusu, 1992).

2.1.4.2 Efficacité:

Les expériences de certains pays tels que la Guinée et le Bénin donneraient à penser que des politiques s'inspirant de l'IB seraient susceptibles de conduire à une revitalisation effective des services de soins de santé primaires. Une évaluation du système au Bénin a collecté des données sur l'utilisation des services de santé, avant et après l'introduction du financement et de la gestion communautaire en février 1988. Les données provenant de quarante-quatre centres de santé montrent que d'une manière générale, l'utilisation de 1988 a doublé par rapport à celle de 1987, elle a connu une augmentation supplémentaire de 25% en 1989 et ceci au moment où l'économie nationale connaissait de sérieuses difficultés. Les consultations tant pour les soins curatifs que préventifs, mesurées par la couverture vaccinale, les soins prénataux et les accouchements ont augmenté (International Children's Center, 1990). Des caractéristiques similaires ont été trouvées en Guinée (McPake et coll., 1992).

Ces cas sont isolés et suscitent beaucoup de commentaires que nous verrons plus tard. Il semble également que l'efficacité soit fortement liée au coût d'utilisation et à la qualité des services. Ces liens seront traités dans le chapitre sur "L'utilisation des services de santé".

2.1.4.3 Utilisation rationnelle des médicaments:

L'Initiative a été critiquée pour avoir trop mis l'accent sur l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments. Le lien entre financement des services de santé et l'approvisionnement et la vente des médicaments est de nature à renforcer l'importance qu'a le médicament dans l'esprit des patients et des agents de santé communautaires par rapport aux services (McPake et coll., 1992; Kandji et coll., 1992; Haddad et Fournier, 1993). Les professionnels de la santé peuvent être tentés de "sur prescrire" lorsque les médicaments sont disponibles. Ceci peut être particulièrement dangereux si le salaire des professionnels de santé est lié à un système de financement basé sur la vente des médicaments (McPake et coll., 1992) ou si les personnels sont intéressés à la vente. Certains auteurs suggèrent, dans le but de réduire ce risque, de mettre l'accent sur la formation du personnel, la mise à leur disposition d'algorithmes de décision et de traitement et surtout un contrôle et une supervision plus rigoureuse particulièrement aux niveaux périphériques. Ces mesures seraient-elles suffisantes?

2.1.5 Conclusion:

Depuis son lancement l'Initiative de Bamako a suscité beaucoup de discussions. Selon ses promoteurs la participation des usagers au financement des services de santé serait un instrument d'amélioration de la qualité de ces services et de responsabilisation des travailleurs de santé envers les communautés (Unicef: Tibouti

et coll., 1993). Il est cependant trop tôt pour mesurer l'impact réel de l'Initiative sur ce long processus cumulatif qui consiste à placer la gestion du système de santé sous le contrôle, fut-il en partie, des communautés. Beaucoup de personnes (Foster, 1991; Dumoulin et Kaddar, 1993) s'interrogent sur la pertinence du paiement des services par les usagers d'autant plus qu'il introduit une inéquité dans l'accès aux soins, que son efficacité n'est pas clairement démontrée, qu'il pourrait favoriser une utilisation irrationnelle des médicaments et surtout qu'il existe d'autres moyens plus faciles et plus efficaces de mobiliser des ressources (Foster, 1991) pour améliorer la qualité des services et partant l'accessibilité aux soins.

Il est clair que les groupes marginalisés n'ont toujours pas accès aux services de santé pour une multitude de raisons. Dans les différentes évaluations réalisées sur l'IB aucune (à notre connaissance) ne rapporte une amélioration de la situation de ces groupes. Il est également clair que des progrès remarquables ont été réalisés dans certains pays comme la Guinée et le Bénin, dans le sens de la revitalisation des services de santé mais le niveau d'implication tant technique que financier assez élevé des bailleurs de fonds extérieurs dans ces pays, donne à penser que la replicabilité de ces performances risque de poser un sérieux problème. Des progrès sont encore à réaliser pour assurer la qualité et la viabilité des services de soins de santé et impliquer réellement les communautés dans leur gestion. Les États ont des missions sociales et aucune difficulté économique ne saurait justifier un désengagement de l'État des services de santé surtout dans des pays où une part importante du budget national est consacrée aux dépenses militaires. Dans ces pays

où les populations sont les plus pauvres de la planète, "l'instauration du paiement des soins par les usagers relève du paradoxe et dans une certaine mesure du scandale" (Dumoulin et Kaddar, 1993).

2.2. Utilisation du Médicament dans les Pays en développement

Les médicaments modernes sont rentrés dans les mœurs locales dans le monde entier. Leur distribution omniprésente, leur puissante commercialisation, leur image bienveillante et le peu de contrôle qui les entoure, font qu'ils sont grandement utilisés et très souvent de façon abusive (Hardon, 1987; Hardon et coll., 1991; Wolff, 1993). En Afrique comme ailleurs dans les pays en développement (PED), le médicament moderne est aujourd'hui un bien largement disponible et utilisé (Unicef: Ofori-Adjei et coll., 1990; Bush et Hardon, 1990; Haddad et Fournier, 1992). L'offre est très diversifiée, à côté des sources légales publiques et privées (formations sanitaires, pharmacies), fleurit le plus souvent un secteur informel dynamique (vendeurs ambulants, vendeurs du marché, boutiquiers, personnels de santé, douaniers, travailleurs des ports, etc.), qui alimente largement la consommation (Foster, 1991; Van Der Geest, 1992).

Le médicament fait l'objet d'un commerce prospère et dont l'acquisition, même dans des contrées reculées, est souvent "aussi facile que pour une bouteille de Coca-Cola" (Bledsoe et Goubaud, 1985). Sa popularité est le fruit du dynamisme des industries pharmaceutiques et de leurs distributeurs, particulièrement dans les pays en développement (Hardon, 1987; Haak, 1988; Price, 1989; Tomson et Weerasuriya, 1990; Bush et Hardon, 1990), de la diversité de l'offre et surtout de l'efficacité qui lui est attribuée (Haddad et Fournier, 1992). Pour bien saisir le phénomène de

l'utilisation des médicaments, il est nécessaire de comprendre les pratiques et les comportements de consommation, de prescription et de vente dont ils font l'objet.

2.2.1 Consommation de médicaments

Les données sur la consommation de médicaments révèlent qu'il s'agit d'un phénomène courant qui occupe une place importante dans le quotidien des individus. Des études (Chaiton et al, 1976; Stoller, 1988; Santé Québec, 1988), rapportent que dans une période de quarante-huit heures, 44 à 60 pour cent des gens consommeraient au moins un médicament; cette proportion atteint 81 pour cent dans une période d'un mois. Des nombreuses études réalisées à ce jour sur l'utilisation des médicaments modernes, il ressort un certain nombre de caractéristiques importantes :

1. L'utilisation des médicaments est fortement tributaire du contexte socioculturel, en particulier la manière dont ils sont intégrés dans les pharmacopées ancestrales et la réinterprétation de leurs propriétés dans des référentiels "Ethio-Physio-Pathologiques" anciens (Logan, 1973, Bledsoe et Goubaud, 1985; Van Der Geest, 1992; Agyepong, 1992; Haddad et Fournier, 1993). Il semble que la décision de traitement des gens est souvent basée sur les notions traditionnelles de l'efficacité d'un médicament, sur une couleur particulière, le goût, la consistance, la grosseur, la taille et "la réputation de soigner des maladies semblables" (Bledsoe et Goubaud, 1985; Whyte, 1990;

Foster, 1991). Un exemple de ce phénomène est donné par la popularité des injections en Afrique (Reeler, 1990; Wyatt, 1992; Gilson et coll., 1994). Whyte (1990) rapporte qu'en Ouganda, avec l'épidémie de sida, les gens savent que les aiguilles souillées peuvent transmettre cette maladie, mais, plutôt que de réduire l'utilisation des injections, ils préfèrent acheter leurs propres seringues et aiguilles et pratiquer les injections à domicile. L'étude de Nichter (1980), au sud de l'Inde, confirme la croyance populaire qui considère que les injections sont capables de soigner toutes les affections. Le même phénomène a été rapporté en Thaïlande (Kleinman, 1980) et au Viet Nam (Ladinsky, Volk et Robinson, 1987). Certaines personnes croient que plus un traitement est douloureux plus il est efficace. Ceci explique l'efficacité attribuée aux injections par ces personnes (Reeler, 1990); d'autres les considèrent comme des médicaments "chauds" qui vont directement dans le sang (Wyatt, 1992; Gilson et coll., 1994).

Logan (1973), rapporte dans une étude réalisée au Guatemala, que les populations autochtones peuvent combiner de façon complémentaire des notions de maladies et de médicaments qui dérivent de systèmes médicaux distincts. Il montre que les populations "Maya" incorporent des notions scientifiques modernes de maladies et de soins dans leur classification traditionnelle de "chaud" et de "froid". Par exemple, les Indiens classent la fièvre comme un symptôme chaud, en conséquence, ils placent son traitement, la pénicilline dans la catégorie des médicaments "froids" pour reconnaître son

efficacité sur la fièvre. De cette façon, les Indiens rendent les médicaments modernes acceptables dans leur culture. Sachs et Tomson, (1992) rapportent également qu'au Sri-Lanka, les populations locales considèrent les antibiotiques comme des médicaments "chauds" et les vitamines comme "froids". Van Der Geest et coll., (1990) décrivent une situation au sud du Cameroun, où le disulone, un corticoïde utilisé dans le traitement de la lèpre est très souvent consommé comme "aphrodisiaque". Le même phénomène est décrit par Whyte (1990). L'association entre certaines couleurs de comprimés et certaines conditions a été décrite par un certain nombre d'auteurs. Ainsi, dans une étude effectuée en Sierra Leone, Bledsoe et Goubaud (1985), rapportent que les comprimés multicolores sont considérés comme particulièrement efficaces à cause des différentes couleurs qui suggèrent aux gens que la capsule contient différentes sortes de médicaments la rendant plus "puissante". En conséquence, selon les auteurs, les gens achètent souvent ces capsules (qui sont généralement des antibiotiques) et en prennent au moins une fois par jour. Au Zimbabwe, les comprimés de couleur bleue sont utilisés pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles (OMS, 1992). Ce phénomène a été observé dans d'autres cultures (Nichter, 1980).

L'interprétation et l'utilisation des médicaments sont dans toutes les communautés sous-tendues par des valeurs culturelles. Dans une étude réalisée dans deux quartiers pauvres de Manille métropolitaine, aux Philippines, Hardon (1990), a observé que ses informateurs sont souvent guidés par l'idée

que les médicaments doivent leur "convenir". L'auteur explique que les gens croient qu'un médicament qui est "bien" pour une personne, peut être "mauvais" pour une autre. Aussi, lorsqu'ils estiment qu'un médicament particulier n'est pas "bien" pour eux, ils refusent de le consommer, même si le médicament en question semble essentiel d'un point de vue biomédical. Pour la même raison, ils décident d'utiliser un médicament qui est "mauvais" selon le médecin. Ainsi, ils arrivent à expliquer l'inefficacité d'un médicament par ce concept. En effet, si le médicament n'est pas efficace, c'est qu'apparemment il n'est pas "convenable" pour la personne.

On le voit bien, la littérature regorge d'études sur le processus de réinterprétation culturelle des médicaments. Des exemples existent au Brésil (Haak, 1988), et ailleurs en pays en développement (Fabricant et Hirschhorn, 1987). Chaque société a dans sa culture, un type de système de soins de santé. Ce système est un cadre de relation entre les épisodes de maladie, l'individu, les réponses sociales et les croyances et pratiques reliées à la maladie pour reconnaître les formes de traitement (Kleinman, cité par Coppo et coll., 1992). Les médicaments développés selon des paradigmes scientifiques sont ainsi dissociés de leur contexte biomédical et intégrés dans un autre mode culturel spécifique de compréhension. Les populations quelles que soient leurs origines, ont toujours des concepts préexistants sur le traitement et les médicaments, qui constituent une base d'appropriation cognitive des nouveaux médicaments. Ces perceptions locales sont importantes à prendre en compte

pour mieux comprendre les problèmes de non observance des médicaments prescrits ainsi que les caractéristiques de l'automédication.

2. Les perceptions qu'ont les populations des médicaments et l'utilisation qu'elles en font ne sont pas toujours conformes à celles recommandées par le personnel médical et les producteurs (Bledsoe et Goubaud, 1985). Très peu d'études ont été réalisées en Afrique sur l'observance thérapeutique, mais on peut raisonnablement penser qu'elle est modérée (Fournier et Haddad, 1991; Foster, 1991; Bledsoe et Goubaud, 1985). Dans une étude réalisée sur les perceptions de la population et l'utilisation des médicaments au Zimbabwe, l'OMS (1992) rapporte que seulement 13 pour cent des patients complètent leur traitement jusqu'au bout, 63 pour cent arrêtent le traitement lorsqu'il y a amélioration et gardent le reste des médicaments pour une utilisation ultérieure.

Ceci pose le problème de la définition de l'observance. En effet, différentes définitions existent dans la littérature qui ne prennent pas toujours en compte les mêmes dimensions. Pour certains, un bon "observant" est un patient qui adhère sans restriction aux recommandations sur la dose, la durée, le moment et la manière d'administrer les médicaments (Homedes et coll., 1989 cité par Homedes and Ugalde, 1993; Ngoh, 1992). Pour d'autres, il s'agit de patient qui prend la dose recommandée (sans considération pour les trois autres dimensions) ou de patient qui va tout simplement au bout de son traitement (Homedes and Ugalde, 1993).

Des facteurs comme l'âge, le sexe, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, le nombre de médicaments prescrits et les perceptions de gravité du problème de santé sont généralement associées à l'observance. Cependant cette association n'est pas toujours retrouvée. Dans les pays en développement et particulièrement en Afrique, l'analphabétisme, les prescriptions inappropriées, et surtout le manque d'informations (sur le dosage des médicaments, le mode d'administration, la posologie et les effets secondaires), peuvent expliquer en grande partie la faible observance (Bennett, 1989; Foster, 1991; Fournier et Haddad, 1991).

Nombreuses sont les études qui rapportent le caractère inapproprié des prescriptions ainsi que la quasi absence d'informations concernant l'usage des médicaments modernes (Greenhalgh, 1987; Foster, 1991; Haddad et Fournier 1993). Les patients connaissent peu de choses sur la nature de leur maladie ou les raisons pour lesquelles ils prennent un médicament particulier et les éventuels effets secondaires de ce produit. Par exemple, dans leurs études sur les maladies chroniques au Chili, Roizblatt et coll., (1984, cité par Homedes and Ugalde, 1993) ont trouvé que seuls quatre pour cent des patients connaissent la nature de la maladie dont ils souffrent, et moins de six pour cent connaissent les effets secondaires des médicaments qu'ils consomment. Dans le même pays, Carrasco et al., (1990 cité par Homedes and Ugalde, 1993) rapportent que seulement 36 pour cent des mères comprennent le traitement prescrit pour leurs enfants souffrant d'infections respiratoires.

L'OMS (1992) rapporte dans une étude au Zimbabwe que les répondants vivant dans les régions rurales n'ont aucune idée des effets secondaires des médicaments. Lorsque les gens ont des effets secondaires comme la nausée, les vomissements ou les vertiges, on dit que c'est une aggravation de la maladie; par conséquent, on arrête ou on change de traitement. Homedes et coll. (1989, cité dans Homedes and Ugalde, 1993) ont observé 404 consultations de soins de santé primaire effectuées par douze médecins au Costa Rica. Les auteurs rapportent que des prescriptions de médicaments comme les corticoïdes, les tranquillisants, les antidépresseurs et les diurétiques sont faites sans qu'aucun médecin ne fournisse d'informations sur les effets secondaires ou sur les risques d'utilisation inappropriée. Parallèlement, seuls dix des 404 patients ont demandé des clarifications à leur soignant. Certains auteurs (Donovan et Blake, 1992) estiment que la non observance n'est pas liée à une mauvaise communication entre fournisseurs de soins et patients. Il s'agit plutôt d'une décision raisonnée des patients. Pour ces auteurs, la question n'est peut-être pas l'observance, mais plutôt comment l'équipe médicale peut comprendre et participer à la discussion que font depuis toujours les malades concernant leur traitement.

3. L'automédication avec des médicaments occidentaux est un phénomène important (Gesler, 1984; Hielscher et Sommerfeld, 1985; Caldwell et coll., 1989; Foster, 1991). Selon Reinharz (1993), l'automédication se définit comme la consommation par l'individu, de médicaments non prescrits par un

professionnel de la santé et ceci dans le but de promouvoir la santé, prévenir les maladies ou traiter les affections et les accidents. Elle résulte donc d'une décision "ad hoc" prise par l'individu ou sur suggestions de son environnement social immédiat tels que la famille, les voisins, les amis etc. (Ferguson, 1981; Hardon, 1987; Van Der Geest, 1987; Wolffers, 1987; Greenhalgh, 1987).

La proportion de personnes qui pratiquent l'automédication en quarante-huit heures a été estimée entre 36 et 58 pour cent (Rabin et Bush, 1975). Cette proportion s'élève à 79 pour cent en deux semaines (Segall, 1990) et à 90 pour cent en un mois (Svarstad, 1983). Ledogar (1975), rapporte que dans les pays de l'Amérique du Sud, 75 pour cent des médicaments vendus sont achetés par les consommateurs pour l'automédication. Dans son étude sur 203 familles dans quatre quartiers de la ville de Rio Claro (Brésil), Giovanni (1980, cité par Haak, 1988), trouve que face à un problème de santé, 34 pour cent d'elles ont recours aux produits pharmaceutiques sans consulter un médecin. Une étude transversale menée dans une région périurbaine de Lima, au Pérou, montre que les mères donnent des médicaments à leurs enfants sans un avis médical dans plus de 35 pour cent des cas de diarrhée (Paredes et coll., 1992). Plusieurs autres études confirment qu'entre 30 et 70 pour cent des symptômes ressentis sont pris en charge par automédication tant dans les pays développés qu'en développement (Lader, 1965; Roghman et Huggerty, 1972; Buchanan, 1979; Freer, 1980; Kleinman, 1980; Abosede, 1984; Van Der Geest, 1987; Bush et Hardon, 1990).

L'Afrique est particulièrement touchée par le phénomène. L'utilisation des antipaludéens en est un exemple. Selon Foster (1991), approximativement, la moitié des médicaments antipaludéens consommés en Afrique est vendue sans prescription par des magasins généraux, des vendeurs du marché et des vendeurs ambulants et beaucoup de personnes vues à l'hôpital pour la malaria, y compris les enfants, ont auparavant pris des antipaludéens. Dans une étude effectuée au sud du Ghana, sur les perceptions ethnomédicales sur le paludisme, Agyepong (1992), explique que la majorité des gens atteints de paludisme dans la communauté, sont traités à domicile. Ils vont dans les formations sanitaires uniquement lorsqu'ils ne sont pas guéris avec le traitement à domicile ou lorsque leur maladie est perçue comme devenant exceptionnellement sévère.

L'automédication est le premier recours utilisé au Mali lorsque les symptômes sont bien identifiés et la maladie est reconnue (Hielscher et Sommerfeld, 1985). Au Zimbabwe (OMS, 1992), les médicaments les plus couramment consommés à domicile, sont les analgésiques, les médicaments pour la toux et le "froid", les antidiarrhéiques, les médicaments pour les yeux et les oreilles et les médicaments traditionnels.

L'automédication est souvent moins coûteuse et plus acceptable que d'organiser un voyage vers un centre de santé, payer un moyen de locomotion ou marcher de longues distances à pied et faire la queue pendant des heures, sans même

être certain d'y trouver des médicaments (Foster, 1991; Van Der Geest, 1987). Dans les pays pauvres la situation médicale et le niveau économique sont tels que les gens souvent n'ont d'autres choix que de se soigner eux-mêmes (Van Der Geest, 1987). Cependant, l'automédication n'est pas nécessairement la conséquence de l'absence ou de la mauvaise qualité des infrastructures médicales. Même lorsque ces dernières existent et offrent des services de bonne qualité, les gens préfèrent souvent se fier à eux-mêmes lorsqu'ils doivent utiliser des médicaments (Haak, 1988).

Les opinions des professionnels de la santé sont partagées face à l'automédication. Certains éprouvent des appréhensions sérieuses sur les dangers qui lui sont liés et qui sont entre autres, un diagnostic erroné, un retard de consultation médicale, une non reconnaissance d'un risque pharmacologique particulier, des effets secondaires sévères, voire même des risques de dépendance (Hodes, 1974; Lunde, 1990). D'autres au contraire, lui reconnaissent un certain avantage. Pour ces derniers, elle pourrait être une solution aux consultations injustifiées et permettre ainsi aux médecins de mieux se consacrer aux problèmes qui requièrent leur expertise (Williamson, 1976 cité par Levin, 1990). Dans tous les cas, les avantages potentiels de l'automédication s'avèrent associés à des désavantages non négligeables (Van Der Geest, 1987).

Le fait que les médicaments soient disponibles sans prescription, qu'ils soient relativement bon marché et souvent efficaces, incite à l'automédication. D'autres facteurs (les parents, les amis, les vendeurs ambulants qui font du "porte à porte", la publicité dans les journaux, à la télévision et à la radio) contribuent également à son utilisation (Peterson et al, 1976; Rabin et Bush, 1974). Enfin la symptomatologie est un facteur déterminant pour la pratique de l'autoconsommation. Pour des symptômes bénins ou estimés comme tels, les gens sont plus enclins à recourir à l'automédication. Cette pratique est si largement répandue que l'attitude la plus réaliste, selon certains auteurs (Foster, 1991; Whyte, 1990; Agyepong, 1992), serait d'accepter que les gens se soignent eux-mêmes et d'essayer de les éduquer sur la façon de le faire de manière sécuritaire et efficace.

4. La tendance à accorder plus d'importance aux remèdes qu'aux services est une autre caractéristique des pays en développement. Les recherches dans beaucoup de pays du tiers monde ont montré que la confiance des patients dans les médicaments modernes est plus grande que celle qu'ils ont dans les soins médicaux (Alland, 1970; Ugalde, 1984; Homedes et Ugalde, 1993). Le médicament est probablement l'élément le plus souvent attendu par le patient dans un programme de soins de santé primaires (Sterky et coll., 1991). A l'extrême, le recours à un dispensateur de services peut n'être qu'un moyen de se procurer les substances jugées nécessaires pour répondre au besoin de santé (Hardon, 1987; Price, 1989; Hunte et Sultana, 1992; Haddad, 1992;

Haddad et Fournier, 1993). Ferguson (1981) rapporte qu'à El Salvador les vendeurs de médicaments sont la première source de soins de santé en dehors du domicile pour les gens de faible revenu.

Ainsi, diverses observations suggèrent que l'utilisation des services est étroitement associée à la disponibilité du médicament (Unicef: Parker and Knippenberg, 1991; Unicef: Rapport au CA, 1992; Litvack et Bodart, 1993) et que le service rendu est souvent assimilé à une prescription ou une délivrance de remèdes (Haddad, 1992). Ainsi, Waddington et Enyimayew, (1990) ont montré que la sous utilisation des services de santé au Ghana est liée à des pénuries de médicaments. De même en Guinée, après l'introduction de l'Initiative de Bamako l'utilisation des services de santé de base s'est considérablement améliorée, passant de 36 à 63 pour cent entre 1986 et 1990 (McPaké et coll, 1992). C'est dans cette perspective de "*bien marchand*" que les populations se représentent habituellement le médicament.

5. Enfin, le peu d'importance que les utilisateurs accordent aux dangers du médicament est rapporté par de nombreux auteurs (Haak, 1988; Price, 1989; ITHOG, 1991; Hunte et Sultana, 1992; OMS: Nyazema et coll., 1992).

2.2.2 Prescription du médicament

De nombreuses études relèvent le caractère souvent "irrationnel" des prescriptions: prescriptions inappropriées, surprescription (notamment des injections et des antibiotiques), associations médicamenteuses déconseillées, voire dangereuses, sous-information des patients, etc. (Mnyika et Killewo, 1991). Ces déficiences concernent en premier lieu le secteur informel mais également le secteur officiel (Haddad et Fournier, 1993). Au Pakistan, une centaine de médecins ont été interrogés sur les médicaments les plus couramment prescrits chez les enfants; l'étude a trouvé que l'Imodium (contenant de la loperamide) est le plus prescrit dans les cas de diarrhées chez les enfants alors que la loperamide est fortement déconseillée chez les jeunes enfants (Bush et Hardon, 1990). Dans la même étude, les auteurs rapportent que seulement trois pour cent des médecins prescrivent la solution de réhydratation orale en association avec l'Imodium dans le traitement des diarrhées banales.

En République Dominicaine, le diazépam était l'un des médicaments de base fréquemment distribué par le Ministère de la santé aux postes de santé ruraux. Chaque mois des centaines de comprimés étaient prescrits par les médecins pour des symptômes autres que l'anxiété, tels que les insomnies (Homedes et Ugalde, 1993). Dans une étude visant à définir les déterminants des pratiques de prescription chez les médecins au Pérou, Paredes et coll. (1992) démontrent que les enfants diarrhéiques qui consultent (30 pour cent de tous les cas de diarrhées), reçoivent des prescriptions de médicaments inutiles (60 pour cent des cas vus dans les formations

sanitaires publiques et 100 pour cent de ceux vus dans les cliniques privées). Au Pakistan, les anti-diarrhéiques sont surprescrits par 60 pour cent des médecins généralistes et 29 pour cent des pédiatres (Nizami et coll., 1996). Une étude réalisée au Mali montre que la moyenne des prescriptions compte dix médicaments, y compris des duplications dans la forme du même médicament sous différents noms de marques (Foster, 1991). D'autres études réalisées dans d'autres pays donnent un nombre moyen de médicaments par prescription variant entre 1,3 au Pérou (Paredes et coll., 1996) et 5 au Nigeria (Anthony et coll., 1988).

La surprescription touche essentiellement les injections. Pour certains prescripteurs, elles permettent d'éviter les problèmes de non observance (Wyatt, 1992). Une étude au Ghana examinant les pratiques de prescription dans divers centres de santé révèle que 96 pour cent des consultants de ces centres reçoivent au moins une injection (Foster, 1991). En Tunisie, 38 pour cent des prescriptions contiennent au moins une injection (Bouraoui et Douik, 1981). Au Togo, 69 pour cent des cliniciens affirment dans une étude que la majorité des mères préfèrent les antipaludéens injectables pour leurs enfants au lieu du traitement oral; en réalité seuls 10 pour cent des mères veulent des injections pour leurs enfants (Reeler, 1990).

Même si la situation est particulièrement préoccupante en Afrique, le problème des injections apparaît global. Observant les pratiques de prescription en Inde, Greenhalgh, (1987) rapporte qu'un tiers des consultants de médecins privés reçoivent au minimum une injection. En Indonésie, un rapport sur les pratiques de

prescription dans le système de santé gouvernemental conclu qu'approximativement un médicament prescrit sur quatre est une injection et que près de la moitié des nouveau-nés et des enfants reçoivent une ou plusieurs injections, alors que cette proportion atteint 75 pour cent chez les adultes (Reeler, 1990). Outre ces "fournisseurs formels" d'injections, il existe des "fournisseurs informels" dont la prise en compte est nécessaire pour avoir une vue globale des problèmes liés à la surprescription et à l'utilisation abusive des injections. En Turquie par exemple, Taylor et coll. (1968) estiment qu'au moment de l'enquête, il y avait au moins 30.000 "piqûristes" pratiquant des injections. En Thaïlande, Cunningham (1970) rapporte une prolifération incontrôlée de "médecins en injection" exerçant dans les milieux ruraux et dans l'illégalité. Le "médecin" voyage de village en village, mais peut aussi avoir une petite boutique; il pratique en moyenne trois cents injections par mois.

Des études au Kenya (Kimani, 1981), au Ghana (Van Der Geest, 1982), au Mozambique (Schapira et Moltesen, 1984), en Sierra Leone (Bledsoe et Goubaud, 1985), et au Zaïre (Haddad, 1992) ont également documenté que dans ces pays la demande populaire pour les injections est forte et qu'il y a un grand nombre de personnes plus ou moins qualifiées qui sont disposées à les administrer. Selon Reeler (1990), dans bon nombre de pays, ces fournisseurs informels d'injections sont très souvent les seules sources de soins modernes dans les régions rurales les plus reculées. Ces "injectionnistes", "piqûristes" ou "médecins en injection" (les appellations varient selon les pays et les régions) présentent sans doute certains avantages non négligeables en termes de disponibilité et d'accessibilité. En effet,

tandis que les centres de santé gouvernementaux sont ouverts seulement certaines heures et certains jours de la semaine, les "injectionnistes" sont disponibles à tout moment et les clients n'attendent pas. En plus, ils ne sont pas seulement géographiquement plus accessibles, ils le sont aussi socialement et bénéficient très souvent d'un large statut de confiance auprès de leurs clients que les fournisseurs formels de soins de santé ne possèdent pas.

La surprescription concerne également les antibiotiques. Le coût estimatif des antibiotiques consommés en 1990 au Pakistan est d'environ de vingt millions de dollars US, soit 46 pour cent du total des médicaments vendus cette année là (Richardson, 1992). Dans les pays en développement, 35 à 60 pour cent des prescriptions contiennent au moins un antibiotique, quoiqu'appropriés seulement dans moins de 20 pour cent des cas (Trostle, 1996). Une analyse comparative des études sur les pratiques de prescriptions inappropriées des médecins et autres professionnels de la santé dans douze pays en développement décrit des proportions élevées de patients qui reçoivent inutilement des antibiotiques (les proportions varient d'une personne sur quatre à deux sur trois) (Hogerzeil et coll., 1993). Examinant, les pratiques de prescription des médecins généralistes et des pédiatres dans le traitement de la diarrhée chez les enfants au Pakistan, Nizami et coll., (1996) rapportent que 66 pour cent des médecins généralistes et 50 pour cent des pédiatres ont prescrit des antibiotiques.

Dans le but de décrire les caractéristiques de l'utilisation des antibiotiques dans une communauté périurbaine de Mexico, 1659 ménages sélectionnés au hasard ont été visités et la mère de famille interrogée. Six pharmacies locales ont également été choisies au hasard et un agent social a effectué six visites dans chacune des pharmacies pour y observer les transactions et interroger les clients immédiatement après la transaction. Des 8279 personnes rencontrées au cours de l'enquête, 5 pour cent déclarent avoir utilisé des antibiotiques au cours des deux dernières semaines. La majorité de ces antibiotiques a été prescrite par un médecin (Calva, 1996). Observant les pratiques de prescription en Inde, Greenhalgh, (1987), rapporte qu'un tiers des consultants de médecins privés reçoivent au moins une injection; parmi celles-ci 42 pour cent sont des antibiotiques. A Dakar, 39 pour cent de 261 consultants ont reçu au minimum un antibiotique (OMS, 1993). La surprescription des antibiotiques est rapportée dans d'autres études réalisées en Libye (Naja et coll., 1988), au Mexique (Bojalil et coll., 1994) et en Indonésie (Gani et coll, 1991).

Les pratiques de prescriptions des médecins semblent souvent plus liées à leurs préoccupations de répondre aux attentes des clients et de sauvegarder les perceptions que les gens ont de leur rôle plutôt qu'aux normes biomédicales (Paredes, 1996). Ce point de vue qui constitue un autre élément de l'irrationalité des prescriptions en Afrique et dans le tiers monde est supporté par d'autres écrits. Reeler (1990) par exemple, dans un excellent article intitulé "*Injections: a fatal attraction?*" soutient que si le patient est venu de loin ou a attendu longtemps à la formation sanitaire, il est difficile au prescripteur de refuser sa requête pour des

injections. La même chose se produit si l'agent de santé connaît le patient ou si le patient en question jouit d'un statut élevé dans la localité. Plus de 60 pour cent des agents de santé en Tanzanie prescrivent les médicaments qui leur sont demandés par les patients (Mnyika et Killewo, 1991). Dans une étude réalisée à Dakar, Sow et coll., (1987, cités par l'OMS, 1993) rapportent que le choix des médicaments est fonction des vœux des malades dans 10 pour cent des cas.

Comme on peut le constater, la prescription est un phénomène complexe influencée par divers facteurs qui sont inter reliés et dont on connaît mal l'importance relative de chacun d'eux (Diwan, cité par Sterky et coll., 1991). Le comportement de prescription n'est donc pas uniquement lié au fait que les gens n'ont pas de connaissances comme le rapportent certains travaux (Nyazema, 1983; Van Der Geest, 1983; Dukes, 1985; Tan et Tanchoco, 1988; Sachs et Thomson, 1992), mais aussi à l'environnement dans lequel se trouve le prescripteur (Paredes, 1996). Le prescripteur est influencé par la maladie, le patient et sa famille, les conditions de travail, sa propre culture, la disponibilité des médicaments et de l'information sur les médicaments (essentiellement fournies par l'industrie pharmaceutique et ses délégués médicaux). Selon certaines études, il est également lié au nombre d'années de pratique. Les praticiens qui ont onze à quinze années d'expérience font plus de prescriptions irrationnelles par opposition à ceux qui ont une expérience de pratique variant d'un à cinq ans (Mnyika et Killewo, 1991).

On pourrait se demander dans quelle mesure la prescription irrationnelle influence l'utilisation du médicament? Se pourrait-il que la surprescription explique les niveaux élevés de consommation, du moins en partie? L'innocuité accordée au médicament trouverait-elle son origine dans la sous-information des patients? La grande consommation des antibiotiques et des injections s'explique-t-elle par la surprescription de ces produits? On pourrait également se demander dans quelle mesure la compétence des professionnels dont l'activité se résume parfois à un examen sommaire suivi d'une délivrance systématique de médicaments ou d'ordonnance (sans autre forme de prise en charge) explique ou peut contribuer à renforcer cette perception de "bien marchand" évoquée précédemment. Dans tous les cas, l'Initiative de Bamako, en donnant le pouvoir supplémentaire aux prescripteurs de vendre le médicament et surtout en associant le fonctionnement des services de santé à la vente des médicaments, pourrait favoriser la surprescription, l'usage irrationnel et la vision de "bien marchand" des médicaments.

2.2.3 La vente des médicaments

Dans les pays en développement, la vente des médicaments se fait le plus souvent dans un contexte d'offre très diversifiée. On distingue les distributeurs des secteurs privé (lucratif ou non lucratif), public ou mixte. Le secteur privé peut être à but lucratif ou non et légal (importateurs, pharmaciens diplômés, organismes caritatifs et professionnels de santé autorisés) ou illégal (boutiquiers et vendeurs ambulants, praticiens traditionnels "convertis" aux vertus des médicaments modernes, employés

de santé du secteur public, douaniers, etc.). Diverses observations suggèrent que la vente du médicament repose moins sur une logique biomédicale que sur une logique d'extension des ventes et de satisfaction de la demande de la clientèle (Haddad et Fournier, 1993). En effet, les médicaments sont très souvent vendus sans prescription et sans tenir compte de leur classification. Selon Trostle (1996), 40 à 60 pour cent des patients obtiennent des médicaments sans prescription. Price (1989), rapporte dans une étude réalisée dans deux pharmacies équatoriennes, que 51 pour cent des consommateurs qui ont acheté des médicaments d'ordonnance, l'ont fait sans avoir présenté aucune prescription. En Inde la proportion de médicaments vendus sans prescription dans les pharmacies varie de 47 pour cent (Krishnaswamy et coll, 1985) à 64 pour cent (Greenhalgh, 1987). Dans une étude effectuée dans les pharmacies de Sao Paulo au Brésil, il a été trouvé que de tous les médicaments vendus, 34 pour cent ont été achetés par les consommateurs sur leur propre initiative, 22 pour cent sur proposition du vendeur et seulement 44 pour cent ont été prescrits par un médecin (Haak, 1988).

Dans une étude réalisée sur la disponibilité des médicaments en vente libre contre l'arthrite (Ferraz et coll., 1996), dix-sept pharmacies locales de Sao Paulo ont été sélectionnées au hasard et visitées. Sept chercheurs se sont fait passer pour des clients ordinaires avec des symptômes choisis selon un scénario préétabli. Le client explique son affection et demande un traitement. Après les suggestions du pharmacien, il demande deux médicaments sélectionnés au hasard à partir d'une liste de 30 médicaments de marques couramment prescrits dans les arthrites chez

les patients. Ces deux médicaments sont des médicaments que l'on peut obtenir uniquement sur prescription. Seuls dans 12,8 pour cent des pharmacies, le vendeur a exigé une prescription.

Sur 226 transactions observées dans des pharmacies de deux régions au Brésil, 42 pour cent des médicaments sont achetés sans prescription (Goel P. et coll., 1996). La vente des médicaments sans prescription n'est pas des moindre en Afrique comme l'atteste l'étude réalisée par Sekhar et ses collègues (Sekhar et coll., 1981) à Addis Abeba, en Éthiopie. Ces auteurs rapportent en effet que dans ce pays, 87 pour cent des médicaments sont achetés sans prescription. Dans d'autres pays africains comme le Mali par exemple, cette pratique est courante.

Dans de nombreux pays, la vente de certains produits comme les antibiotiques entre autres, est subordonnée à la présentation d'une prescription, du moins officiellement. Cependant dans les faits ces médicaments sont très souvent vendus aux consommateurs sans que le pharmacien ou le vendeur n'exige aucune prescription. Au Sri Lanka par exemple, la tétracycline, pouvait être obtenue dans toutes les pharmacies sans ordonnance (Wolffers, 1987). Dans une étude réalisée à Manille, aux Philippines, sur la vente des antibiotiques, Mary Ann (citée par Foster, 1991), rapporte que dans 66 pour cent des 1608 transactions observées, la vente s'est effectuée sans prescription. Observant les pratiques de vente des médicaments à Nagpur en Inde, Dua et coll. (1994) rapportent que sur 511 transactions observées dans 34 pharmacies, 24,7 pour cent des ventes d'antibiotiques sont effectuées sans

prescription. Des exemples de vente libre d'antibiotiques sont rapportés dans d'autres publications (Haak, 1988; Price, 1989; Bush et Hardon, 1990; Calva, 1996).

Rarement, des conseils ou des informations sont donnés à l'achat des médicaments. Des publications (Bledsoe et Goubaud, 1985; Wolffers, 1987; Foster, 1991) rapportent que des médicaments sont vendus dans la rue, dans les marchés en plein air, dans les boutiques et même dans les pharmacies sans information notamment sur le dosage, les effets secondaires, les contre-indications voire sur le type de maladie qu'ils soignent. Dans une étude cherchant à savoir si les clients reçoivent des informations de la part des pharmaciens, Morris (1982), rapporte que 72 pour cent des personnes interrogées affirment n'avoir reçu aucune information. Au Sri-Lanka la tétracycline est vendue sans explication sur les contre-indications (Wolffers, 1987). En Inde, dans l'étude réalisée par Dua et ses collègues (1994), les pharmaciens fournissent des conseils sur l'utilisation du médicament dans seulement 3,5 pour cent des cas.

La vente fractionnée des médicaments est un autre élément de cette logique d'extension des ventes et de satisfaction des clients évoquée plus tôt. Elle prend de l'ampleur tant chez les pharmaciens que chez les vendeurs informels (Foster, 1991). Selon Bush et Hardon (1990), dans les pays en développement, les antibiotiques peuvent être achetés librement sans ordonnance en unité aussi petite qu'une gélule ou un comprimé. Hossain et ses collaborateurs, (1982) ont examiné le nombre de comprimés et de capsules achetés pour les adultes au Bangladesh. Ils ont trouvé

que 48 pour cent des ventes de tétracycline, de pénicilline, de sulfamide et de chloramphénicol comptent moins de trois comprimés; seulement 12 pour cent des ventes comptent neuf comprimés et plus. Juan (1996), rapporte dans son étude sur l'usage des antibiotiques au Mexique qu'approximativement 72 pour cent des achats sont pour des quantités insuffisantes de médicaments. La vente fractionnée de la tétracycline dans les pharmacies au Sri Lanka est également rapportée par Wolffers, (1987).

Ces pratiques, mêmes si elles sont dominantes, ne sont pas générales. Des écrits rapportent des cas où des conseils sont parfois donnés aux clients. Mburu et coll., (1987) rapportent par exemple qu'à Saradidi (Kenya), avant l'introduction d'un projet de soins de santé primaire, 53 pour cent des gens ont obtenu leurs médicaments contre la malaria d'une boutique et que les boutiquiers ont fourni des conseils sur la dose et les effets secondaires. En dépit de ces cas qui sont d'ailleurs peu nombreux, le sentiment général qui se dégage est qu'en Afrique, le fournisseur de médicaments se rapproche plus du commerçant que du professionnel. Comment peut-on expliquer un tel comportement? Un certain nombre d'éléments sont susceptibles d'aider à répondre à cette question.

- 1) Dans les pharmacies il y a très peu de pharmaciens formés. Même si la pharmacie appartient à un pharmacien diplômé comme l'exige la loi dans certains pays, la vente est généralement assurée par un personnel qui, dans la plupart des cas n'a pas la formation requise. Dans une ville à El Salvador par

exemple, des sept assistants employés dans une pharmacie, quatre sont du niveau de la sixième année primaire, deux sont de la troisième année et un n'a jamais été à l'école (Goel et coll., 1996). Shrestha et ses collaborateurs (1990), rapportent qu'au Népal, environ 50 pour cent des vendeurs des pharmacies ont un niveau d'éducation inférieur à dix ans de scolarité. Wolf-Gould et coll. (1991) ont décrit le même phénomène au Ghana. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que les pharmacies ne fournissent pas d'informations aux clients.

- 2) Des études ont montré que les firmes pharmaceutiques et leurs représentants sont les principales sources d'information des pharmaciens. Ces firmes pour de multiples raisons ne fournissent pas toujours la bonne information. Par exemple, une étude a été réalisée en 1993 par l'Office Américain d'Evaluation des Technologies dans quatre pays du tiers monde, sur la qualité de l'information fournie par les compagnies pharmaceutiques des États-Unis sur leurs productions (U.S. Congress, 1993 cité par Goel et coll., 1996). Des 241 médicaments évalués, seuls 32 pour cent contiennent une information conforme à une "norme médicale". De sérieuses divergences ont été notées dans l'information sur les indications thérapeutiques, les avertissements et les précautions, les réactions secondaires et les surdosages. Des études de ce genre sont rares, il n'y a cependant pas de raison de penser que les autres firmes pharmaceutiques sont différentes.

- 3) La concurrence peut également affecter les comportements des pharmacies en particulier lorsque la "densité" est très élevée comme dans certaines grandes villes. A Bamako, au Mali, avec la libéralisation des professions médicales⁷, on a assisté à la création d'une multitude de pharmacies et à l'émergence d'une concurrence féroce entre ces pharmacies. Une collègue pharmacienne qui exigeait toujours une prescription pour les médicaments du Tableau "A"⁸ s'était vu dire un jour par le pharmacien-chef: *"Si tu veux toujours respecter les règles, nous ne tarderons pas à fermer les portes; car les autres ne sont pas aussi exigeants que nous"* (anonyme, 1995). Notons au passage que peu de recherches ont été menées sur les effets de la compétition sur les comportements des pharmacies.
- 4) Certains écrits rapportent que les comportements des vendeurs peuvent être influencés par les normes culturelles locales. Par exemple, des études en Égypte (Sukkary, 1983) et au Paraguay (Krayacich et Shedlin, 1987), suggèrent que les vendeurs de sexe masculin ne sont pas aptes à fournir des conseils sur les questions gynécologiques et de planification familiale.
- 5) Les facteurs législatifs enfin, ont un effet sur le comportement des vendeurs. Thomson et Sterky (cités par Goel et coll., 1996), ont trouvé au Sri Lanka qui a

⁷ Au Mali, l'exercice privé des professions médicales a été autorisé en 1981; la création de pharmacies privées a commencé en 1987 mais n'a pris de l'ampleur qu'en 1990 avec la levée du monopole d'importation et de commercialisation de la Pharmacie Populaire du Mali.

une politique nationale de médicaments, que les comportements des pharmaciens dans le traitement des diarrhées chez les enfants sont plus rationnels qu'au Yémen, où il n'y a pas de politique de médicaments.

Pour mieux édifier sur la problématique de la vente des médicaments dans le contexte de l'étude, nous proposons ici un tour d'horizon assez succincte de la politique pharmaceutique au Mali. Elle découle de la politique sectorielle de santé qui est basée sur les principes de l'Initiative de Bamako et la stratégie des soins de santé primaires. Les objectifs sont entre autres : (1) développer la diffusion des médicaments génériques en dénomination commune internationale à travers tous les circuits de distribution du pays ; (2) développer la complémentarité entre les secteurs privé, public et communautaire; (3) améliorer les pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ; (4) garantir la disponibilité des médicaments génériques à travers un système de recouvrement des coûts (MSSPA, 1996).

Soulignons que l'évolution du secteur pharmaceutique malien se caractérise par quatre périodes essentielles à savoir :

(1) de 1960 à 1983, l'État a assuré la plupart des fonctions du secteur pharmaceutique comme l'importation et la vente publique à travers la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), l'importation et la distribution aux

⁸ Les médicaments du Tableau "A" sont des médicaments qui ne doivent être vendus que sur présentation d'une prescription médicale. Il s'agit généralement des antibiotiques, des psychotropes, etc.

formations sanitaires publiques à travers la Pharmacie d'Approvisionnement (Pharmappro) et deux officines privées.

(2) de 1983 à 1989: cette période est essentiellement caractérisée par la création de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP), le monopole de la PPM sur l'importation et la distribution des médicaments, l'expérience d'importation des médicaments essentiels en D.C.I dans le cadre du premier Projet de Développement Sanitaire (PDS) et surtout par la privatisation des professions sanitaires qui s'est traduit par un développement du secteur pharmaceutique privé et la naissance de l'Ordre des Pharmaciens. En théorie, l'Ordre, de concert avec le MSSPA, est chargé de la réglementation des pratiques professionnelles et de faire respecter la déontologie. Mais en réalité, il s'occupe plus de la défense des intérêts de ses membres qu'à la protection des consommateurs.

(3) de 1989 à 1994: la mise en pratique des concepts de l'Initiative de Bamako dans le domaine de la distribution des médicaments et du recouvrement des coûts, la levée du monopole de la PPM sur l'importation et la distribution des médicaments, la mise en place de nouvelles expériences de distribution de médicaments à Ségou, Sikasso et Koulikoro et la réorientation des différentes expériences de distributions de médicaments des régions du Nord (Gao et Tombouctou) caractérisent cette période.

(4) de 1994 à nos jours (1998): cette période est surtout marquée par la dévaluation de la monnaie locale (le franc CFA) avec ses répercussions sur les prix des médicaments. Le département de la santé a entrepris à cet effet les mesures suivantes :

- limitation de la hausse des prix du médicament à travers une fixation consensuelle de nouvelles marges qui a vu le gouvernement ramener la pression fiscale sur les médicaments de 22% à 6%, les grossistes ramener leur marge bénéficiaire de 20% à 14% et les pharmacies d'officines de 25% à 20%. Ces différentes mesures ont permis de limiter la hausse à 55% ;
- relance de la politique des médicaments essentiels génériques ;
- mise en place d'un système de distribution appelé le « Schéma Directeur d'Approvisionnement et de Distribution » ;
- accord entre le MSSPA et les distributeurs (privés et publics) sur la mise en place de marges maximums sur les médicaments.

Si d'une manière générale ces mesures ont contribué à limiter la flambée des prix des médicaments, elles n'ont pas résolu les problèmes des consommateurs en ce sens que : (1) les pharmacies privées ont préféré acheter et vendre des médicaments de marques à cause de leurs prix élevés et donc des marges de

bénéfices substantiellement élevées. La majorité des pharmaciens surtout ceux de Bamako, estiment que la marge bénéficiaire qu'on leur octroie est insuffisante pour faire face aux charges récurrentes et réaliser des profits. (2) Les pharmacies qui vendent des médicaments génériques, le font très souvent aux prix des médicaments de marques (la très grande majorité de la population ne sachant pas lire, ne fait pas toujours la différence entre les deux types de médicaments). Il n'est pas rare non plus de voir des pharmaciens substituer des médicaments prescrits en génériques par des médicaments de marques plutôt que de laisser partir le client.

Au Mali comme partout ailleurs en pays en développement, l'utilisation du médicament est donc la résultante d'interactions complexes entre des pratiques et des comportements de consommation, de prescription et de vente dans un contexte d'offre diversifiée. Cependant, elle ne peut être dissociée de la perspective plus globale de l'utilisation des services de santé. En effet, l'utilisation du médicament moderne est le plus souvent la conséquence d'une démarche antécédente de recherche de soins et de ce fait, il faut la comprendre dans le cadre du processus plus large de réponse à la maladie et de recherche de soins. En outre l'Initiative de Bamako part de la prémisse selon laquelle la disponibilité des médicaments à moindre coût va augmenter de façon sensible l'utilisation des services de santé. Aussi la dernière partie de la revue de la littérature présentera les principales caractéristiques et les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé en Pays en Développement (PED).

2.3 Utilisation des services de santé en PED

2.3.1 Les caractéristiques de l'utilisation des services de santé en PED

L'utilisation des services de santé est un phénomène complexe, elle est la somme de comportements individuels vis-à-vis du système de soins (qui ne peut être réduit d'ailleurs au seul secteur de la médecine dite "moderne" ou "scientifique"), (Fournier et Haddad, 1995). Dans les pays en développement, elle est caractérisée par une grande diversité des recours thérapeutiques, des itinéraires thérapeutiques complexes et une sous-utilisation fréquente des services de santé modernes publics.

En effet, outre les services de santé modernes (publics, communautaires, confessionnels et privés), les personnes malades peuvent avoir recours à des pharmacies, des praticiens traditionnels (guérisseurs, marabouts, divins, sorciers etc.), des vendeurs de médicaments (ambulants ou installés au marché), des boutiquiers et autres (auto-traitement par exemple). Au Mali par exemple, Hielscher et Sommerfeld (1985) ont recensé dans un village situé à une quarantaine de kilomètres de Bamako, la capitale, les ressources de santé suivantes qui sont utilisées par les populations à des degrés variables:

Auto-traitement: herbes et bénédictions (*kilisi*), prières, médicaments modernes;

Médecine traditionnelle: herboristes (*furabola*, deux dans le village et plusieurs aux alentours), magiciens (*dyosona*, deux dans le village et au moins un dans chacun des villages des alentours), devins (*golonfila* et *tiyendola*, un dans le village), accoucheuses traditionnelles (dans chaque village);

Médecine moderne préventive: équipes mobiles basées à Bamako, agent d'hygiène (un dans un village avoisinant), hygiénistes-sécouristes (un dans chaque village);
curative: un poste de secours dans chaque village, un dispensaire dirigé par un infirmier auxiliaire et une maternité tenue par une matrone à quatre kilomètres, un dispensaire, une maternité et une pharmacie situés à douze kilomètres et toutes les formations sanitaires de Bamako;

Médecine islamique: (un *marabout* dans le village et dans les autres villages islamiques et des *marabouts* itinérants).

En Côte d'Ivoire, Lasker (1981) rapporte huit types de médecine accessibles en cas de maladie: 1) la médecine des herbes, avec des spécialistes; 2) les féticheurs; 3) les rites religieux; 4) les prophètes chrétiens; 5) les marabouts musulmans; 6) l'auto-traitement par les médicaments modernes; 7) l'auto-traitement par les remèdes traditionnels et 8) les services de santé modernes: formations sanitaires publiques et privées, cliniques des missions religieuses. Cette situation n'est pas propre à la Côte d'Ivoire, elle a été observée dans beaucoup d'autres pays en développement (Colson, 1971; Murphy et Baba, 198; Fassin et coll., 1988). Même à un niveau aussi

localisé que le village, les populations vont avoir la possibilité de recourir à des praticiens de différentes natures.

Pour un même épisode de maladie, les patients peuvent utiliser plusieurs de ces recours et cela soit de façon concomitante, soit de façon séquentielle. Le phénomène est largement documenté (Gesler, 1979; Lasker, 1981; Kroeger, 1983; Feldman, 1983; Boerma, 1990; Haddad, 1992; Fournier et Haddad, 1995). Haddad (1992), dans une thèse portant sur l'utilisation des services de santé en pays en développement, a procédé à une recension des écrits sur l'utilisation concomitante des services de santé modernes et traditionnels. Les résultats de cette recension sont présentés au Tableau 2 ci-après.

Tableau 2

Proportion de personnes ayant déclaré utiliser des services de santé modernes et le système de santé traditionnel (Haddad, 1992)

	Auteurs et année	Pays	Temps de rappel	Fréquence (%)	Remarques
1	Lasker, 1981	Côte d'Ivoire	Illimité	79	
2	Lasker, 1981	Côte d'Ivoire	Épisode actuel	43	
3	Lasker, 1981	Côte d'Ivoire	Épisode actuel	52	
4	Gesler, 1979	Nigéria	2 semaines	7	Enfants
5	Boerma, 1990	Kenya	8 semaines	26	Enfants
6	Buschkens et coll., 1980	Ethiopie	1 an	18.1	
7	Madan, 1968	Inde	Illimité	64,8	
8	Bhawardaj, 1975	Inde	Illimité	35,6	
9	Feldman, 1983	Bangladesh	NP	20	Adultes et enfants
10	Colson, 1971	Malaisie	1 semaine	23	
11	Kleinman, 1979	Taiïwan	Épisode actuel	67	Utilisateurs d'un PT
12	Berman et coll., 1981	Indonésie	2 semaines	22	
13	Young, 1981	Mexique	2 semaines	37,2	
14	Fromm et coll., 1970	Mexique	Illimité	36	
15	Selwyn, 1978	Colombie	4 semaines	13,5	
16	Kroeger, 1981	Equateur	2 semaines	54	Patients avec maux de tête
17	Djurfeld et coll., 1975	Inde	1 an	16	
18	Lambo, 1963	Nigéria	Épisode actuel	60	Patients hospitalisés
19	Scarpaci, 1988	Chili	Épisode actuel	57	Utilisateur d'un CS
20	Wong et coll., 1987	Philippines	Grossesse	31	Au moins 2 dispensateurs

La proportion de gens qui déclare utiliser conjointement les services de santé modernes et la médecine traditionnelle varie de 7 pour cent (Gesler, 1979) à 79 pour cent (Lasker, 1981). Dans une étude, réalisée en Côte d'Ivoire, Lasker (1981), rapporte que les trois quarts des élèves infirmiers et sages-femmes ont recours à la médecine traditionnelle en sus de la médecine moderne. Cette proportion est de 60 pour cent pour les personnels de santé en poste. L'utilisation concomitante de plusieurs types de médecines au cours du même épisode de maladie, ce que Colson (1979) qualifie de "Shot Gun Therapy", exprime les préoccupations du patient et de sa famille à maximiser l'efficacité du traitement. Pour eux, médecine moderne et médecine traditionnelle sont complémentaires et non en compétition. Pour Young (1983), la complémentarité entre les deux types de médecine provient de ce que chacune satisfait et répond à des besoins différents: une médecine internalisée comme la médecine moderne est recherchée pour faire disparaître ou réduire le problème ressenti et les symptômes, tandis qu'une médecine traditionnelle externalisée va servir à identifier et neutraliser la cause du problème.

L'analyse des séquences thérapeutiques montre que les malades ne réutilisent pas toujours les mêmes moyens thérapeutiques aux différentes étapes de leur maladie. Comme nous l'avons déjà souligné au chapitre sur la consommation des médicaments, l'automédication tant avec des médicaments modernes que traditionnels est très importante. Elle est probablement la première source à laquelle recourent les patients. Hielscher et Sommerfeld (1985) rapportent qu'au Mali, les gens commencent par se soigner tous seuls quand les symptômes sont bien

identifiés et la maladie reconnue. Lorsque les symptômes persistent à l'automédication, alors très généralement, les gens recourent à d'autres moyens. Slikkerveer (1982), rapporte qu'en milieu rural éthiopien, la séquence thérapeutique la plus courante est la suivante: 1) auto-traitement; 2) recours à un dispensateur traditionnel; 3) recours à un service de santé moderne. En Côte d'Ivoire, 43 pour cent des utilisateurs de services ont déclaré essayer en premier lieu une médecine traditionnelle ou moderne, puis en cas d'échec, passer à l'autre (Lasker, 1981).

Cette utilisation séquentielle des différentes ressources disponibles ne suit pas une règle établie. Le premier recours peut être n'importe quelle source de soins. Par exemple, Sauerborn et coll., (1989), rapportent dans une étude effectuée au Burkina Faso que 24 pour cent des malades qui ont utilisé des dispensateurs de services modernes (infirmiers et agents de santé communautaires) ont ensuite eut recours à l'automédication et 10 pour cent aux praticiens traditionnels. Près du tiers des patients qui ont consulté dans un premier temps un praticien traditionnel, se sont adressés dans un second temps à des praticiens modernes et 20 pour cent d'entre eux se sont réorientés vers l'automédication.

Un corollaire de cette situation est que les services de santé modernes apparaissent peu utilisés. En effet, plusieurs observations rapportent que dans les pays en développement, les populations ont moins de contacts avec les services de santé par an comparativement à ce qui se passe dans d'autres pays. Gish (1990), estime que deux à quatre contacts par habitant et par an constitue un chiffre raisonnable et

qu'une valeur inférieure à un traduit une sous-utilisation évidente. En Tunisie, le taux d'utilisation est en moyenne de 1,41 visite par personne et par an avec une fluctuation allant de 0,82 en milieu rural à 1,55 en milieu urbain (Ben Youssef et Wessen, 1974). Dans la région de la Volta au Ghana, les taux d'utilisation des services publics pour les années 1984 à 1987 varient entre 0,2 et 0,12 contact par habitant et par an (Waddington et Enyimayew, 1990). En Ethiopie, ils varient de 0,6 à 1,9 visites par personne et par an avec là aussi une grande variation entre le milieu rural et le milieu urbain (Kloos, 1990).

Dans un contexte de recours diversifiés et d'itinéraires thérapeutiques aussi complexes comme c'est le cas dans les pays en développement, il est difficile sinon impossible de se faire une idée globale de la répartition et de la séquence de l'utilisation des services offerts par les différents prestataires de soins. La liberté de mouvement et l'indépendance des patients et de leurs familles vis-à-vis des dispensateurs de soins traduisent d'une part l'absence de préférence des populations pour un type exclusif de médecine et d'autre part leur pragmatisme à tirer le maximum de bénéfices de ce qui est disponible.

2.3.2 Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé

L'utilisation est généralement définie comme le résultat de la rencontre entre un bénéficiaire qui fait une demande de soins et un professionnel qui fournit des services. De ce fait, elle dépend des facteurs liés à ces deux groupes de personnes

(consommateurs et professionnels) auxquels s'ajoutent ceux liés à l'environnement dans lequel se produit la rencontre. Kroeger (1983), classe en trois groupes les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement.

- Le premier groupe de facteurs réfère aux caractéristiques liées aux individus et à leur famille. On y retrouve des caractéristiques socio-démographiques telles que le sexe, l'âge, la taille de la famille, le statut familial, l'ethnie, la religion, les facteurs socio-économique comme le revenu, l'éducation, les facteurs socio-psychologiques comme l'interaction avec le réseau social, le degré d'acculturation et la réceptivité à l'innovation.
- Le second groupe est constitué par les caractéristiques liées à la maladie et aux perceptions qu'en ont les gens. Il s'agit essentiellement de la nature, de la durée et de la gravité du problème de santé ressenti. Les classifications traditionnelles des maladies et l'efficacité attendue des traitements envisagés sont également classées dans ce groupe.
- Le dernier groupe réfère aux caractéristiques des services offerts et aux perceptions qu'en ont les gens. On y retrouve l'accessibilité des services (géographique, culturelle et surtout financière : le coût) et la qualité des services, essentiellement telle que la perçoivent les populations.

Tableau 3

Facteurs associés à l'utilisation des services de santé (Kroeger, 1983)

1. Les caractéristiques individuels

L'âge, Le sexe, Les caractéristiques du ménage;
L'ethnie, la religion; l'habitat et le lieu de résidence;
L'acculturation, la transition culturelle;
Les innovateurs;
L'interaction avec la famille et le réseau social;
L'éducation, le revenu et le statut socio-économique;

2. La maladie et ses perceptions

La nature du problème de santé
La durée de la symptomatologie
La sévérité du problème de santé
Les classifications des maladies
L'efficacité attendue des thérapeutiques envisagées

3. Les caractéristiques des services

La qualité
L'accessibilité géographique
Le coût d'utilisation

2.3.2.1 Les facteurs liés aux individus et à leur contexte familial

2.3.2.1.1 Le sexe:

Plusieurs études rapportent que les femmes utilisent plus les services de santé que les hommes. Elles sont en effet plus nombreuses dans la population, elles sont exposées à la maternité et à ses complications et enfin elles font l'objet d'attentions particulières à travers des programmes spécifiques de santé (Ben Youssef et Wassen, 1974; Kloos et coll., 1987; Okafor, 1983; Parker, 1986; Poland et coll., 1990; Haddad, 1992). D'autres facteurs comme la religion, l'occupation ou la distance à parcourir, peuvent cependant constituer des barrières à l'utilisation pour les femmes (Feldman, 1983). Elles préfèrent alors utiliser d'autres sources de soins que les services de santé modernes.

Elles ont plus recours aux thérapeutes traditionnels qui comme elles, demeurent en zones rurales et sont plus disponibles que les formations sanitaires modernes (Kleinman, 1980). Selon le même auteur, les hommes seraient plus exposés à la culture occidentale tandis que les femmes auraient tendance à être plus traditionnelles et donc culturellement plus proches des praticiens traditionnels. Il faut cependant souligner qu'une association n'est pas toujours retrouvée entre le sexe et l'utilisation des services de santé modernes (Fassin et coll., 1988; Sauerborn et coll., 1989; Unicef: Fabricant et Kamara, 1991).

2.3.2.1.2 L'âge:

Plusieurs observations supportent l'hypothèse d'une utilisation plus élevée chez les enfants et les personnes âgées (Ben Youssef et Wessen, 1974; Gesler, 1979; Frankel, 1984; Parker, 1986; Kachirayan et coll., 1987; Caldwell et coll., 1989). La distribution de l'utilisation dans ces conditions se traduirait par une courbe en **U** (Heller, 1982). Dans une étude réalisée à Grenade, Poland et ses collaborateurs (1990), rapportent un accroissement de l'utilisation avec l'âge chez les adultes ainsi qu'une utilisation plus importante chez les jeunes enfants comparativement aux autres enfants. Le même phénomène est retrouvé dans la consommation des médicaments.

Les résultats obtenus par Nitschke et coll. (1980, cité par Haak, 1988) démontrent un niveau d'utilisation des médicaments plus élevé pour les patients plus jeunes (0 à 2 ans) et plus vieux (supérieurs à 55 ans). Là aussi, le fait de bénéficier de programmes spéciaux et surtout d'être plus exposé et plus réceptif à la maladie pourraient expliquer la forte utilisation aux deux pôles de la vie. Cette utilisation élevée des personnes âgées et des enfants n'est cependant pas retrouvée de façon constante dans les différents travaux. Belcher et coll., (1976), rapportent une augmentation de l'automédication avec l'âge; alors que Lasker (1981) décrit un accroissement de la fréquentation des praticiens traditionnels avec l'âge. En revanche, les jeunes adultes "plus ouverts" à la culture occidentale, auraient plus tendance à recourir à la médecine moderne (Uyanga, 1983 ; Caldwell et coll., 1989).

Au Burkina Faso, Sauerborn et coll. (1989), rapportent que 94 pour cent des enfants âgés de moins d'un an sont traités en famille. L'effet de l'âge sur l'utilisation des services de santé n'est donc pas très clair. Différents facteurs tels que la culture, le statut économique et le sexe sont susceptibles d'interagir avec l'âge.

2.3.2.1.3 Les caractéristiques de la famille:

Certaines caractéristiques de la famille influencent plus ou moins le comportement d'utilisation de ses membres. Il s'agit de la taille, du caractère nucléaire ou étendu de la famille, du nombre d'enfants, de la position du chef de famille, de la proportion de femmes adultes et de personnes âgées, du statut marital des femmes et du lieu de résidence de la famille (Mburu et coll., 1978; Kroeger, 1983; Heller, 1982). Certaines études comme celle de Keith et coll. (1990) estiment que l'utilisation des services de santé modernes est plus grande lorsque la famille est de taille réduite. Dans une étude réalisée au Kenya, Mburu et coll. (1978), ont observé que le pourcentage d'enfants vaccinés dans une famille est plus élevé lorsque cette dernière est de petite taille.

Le lien entre la taille du ménage et l'utilisation des services de santé moderne n'est cependant pas retrouvé dans d'autres études (Colson, 1971 ; Sauerborn et coll., 1989). Certains auteurs (Kroeger, 1983), soutiennent que les familles étendues peuvent être plus « proches » des médecines traditionnelles que les familles nucléaires. Un lien est également établi entre le lieu de résidence et l'utilisation des

services (Ben Youssef et Wesser, 1974; Green, 1985). Les ménages résidant en milieu urbain ont une utilisation plus accrue des services modernes alors que ceux habitant le milieu rural ont plus recours aux services de médecines traditionnelles. Là encore des facteurs comme la disponibilité des ressources, le statut économique et l'éducation interagissent sur le lieu de résidence. Pour les autres facteurs on note très souvent des divergences entre les auteurs quant à l'existence d'un lien entre ces facteurs et l'utilisation de services (Fassin et coll., 1988 ; Keith et coll., 1990; Unicef: Fabricant et Kamara, 1991).

2.3.2.1.4 L'éducation

Parce qu'elle influencerait les comportements, le style de vie, le réseau social, les valeurs accordées par exemple aux soins de santé (Zuraik et coll., 1987) et surtout en raison de la facilité d'en obtenir les données, l'éducation reste un des indicateurs socio-économiques les plus utilisés. Elle est généralement mesurée en termes de nombre d'années de scolarité complétées. Selon plusieurs études (Ben Youssef et Wessen, 1974; Kroeger, 1983; Abbas et Walker, 1986; Kloos, 1990; Boerman, 1990), le niveau d'éducation est positivement associé à l'utilisation des services de santé. Sur le plan individuel, les plus instruits ont d'avantage recours aux services de santé (formations sanitaires modernes, thérapeutes traditionnels et pharmacies) que les non-instruits (Fabrega, 1977).

Sur le plan collectif, plus les populations sont scolarisées, plus on peut s'attendre non seulement à un renforcement de l'utilisation des soins de santé modernes, mais également à une réduction de celle des médecines traditionnelles (Kroeger, 1983). Tout comme l'âge, plusieurs autres facteurs notamment le revenu, le lieu de résidence, le sexe interagissent avec l'éducation. En effet très généralement, les personnes ayant un niveau d'éducation élevé sont également celles susceptibles d'avoir un niveau socio-économique respectable, résidant en milieu urbain et à l'inverse les non-instruits constituent la majorité des pauvres et habitent en grande partie les zones rurales. Notons au passage que dans les pays en développement très généralement, le taux de scolarisation des garçons est supérieur à celui des filles.

2.3.2.1.5 Le statut socio-économique:

L'intérêt suscité par le statut socio-économique dans les études de comportements liés à la santé n'a d'égal que sa complexité. Il est généralement constitué de trois éléments à savoir l'éducation, la profession et le revenu (Reinharz, 1993). L'éducation a été traitée au chapitre précédent, nous ne reviendrons pas là-dessus. Nous n'insisterons pas non plus sur la profession du fait de la difficulté d'une définition claire. Il est assez difficile de catégoriser les professions particulièrement dans les pays en développement où il en existe une multitude. Le troisième élément, le revenu, fournit souvent des informations fort pertinentes surtout lorsqu'on l'exprime en termes de revenu familial.

Selon plusieurs études, le revenu et plus généralement, les capacités de mobilisation de ressources des populations, sont fortement associés à leurs comportements d'utilisation (Slikkerveer, 1982; Nnadi et Kabat, 1984; Chernichovsky et Meesok, 1986; Gish, 1988; Bailey et Philips, 1990; Haddad, 1992). Des études réalisées dans différents contextes montrent en effet que les couches sociales élevées sont les principales utilisatrices des services modernes tant publics que privés (Haddad, 1992). Fabrega (1977) rapporte dans une étude au Mexique que les personnes les plus aisées sont les plus importantes utilisatrices de services, qu'il s'agisse de services délivrés par des praticiens traditionnels, des modernes, ou des pharmaciens. Dans une étude en Argentine, Andisio et coll. (1972, cités par Kroeger, 1983) rapporte que la proportion des non - utilisateurs est supérieure chez les plus pauvres. Au Mexique, Fabrega (1977) remarque que l'utilisation des services fournis par les praticiens traditionnels augmente avec le revenu.

En Afrique, plus que le revenu c'est la capacité de mobilisation des ressources qui détermine l'utilisation des services de santé. Un exemple de ce phénomène est donné par Fabricant et Camara (1991) en Sierra-Léone. Dans ce pays, selon les auteurs, les populations peuvent recourir à au moins dix formes différentes de mobilisation de ressources, pour pouvoir acquérir des traitements. Ces moyens varient avec la saison, le type de services utilisés et les montants nécessaires. Ainsi, pour de petites sommes, les gens vont principalement réaliser des emprunts auprès de leurs amis ou de leur famille et ce, que ce soit à la saison sèche ou à la saison des pluies. Ces emprunts sont parfois monétaires, mais le plus souvent ils sont en

nature, portant sur une dizaine de verres de riz qui sont ensuite revendus au marché du village. Parfois c'est au niveau des dispensateurs de services eux-mêmes qu'on contracte le crédit, en particulier à la période de soudure⁹. Pour des montants plus importants, pour une hospitalisation par exemple, les patients peuvent être amenés à mettre en gage leur récolte voire même leurs plantations.

L'augmentation du revenu ou du statut social, s'accompagne également d'une plus grande tendance à s'adresser à des dispensateurs de services de santé modernes privés ou plus qualifiés (Haddad, 1992), à des recours moins fréquents à la médecine traditionnelle (Kloos, 1990; Fabricant et Kamara, 1991) et à une diminution de la fréquence des abstentions thérapeutiques. A ce sujet, Ben Youssef et Wessen (1974) rapportent dans une étude faite en Tunisie qu'en milieu urbain où l'opposition se fait entre services publics et privés en termes de performance (le public est en général considéré comme non performant au contraire du privé qui est étiqueté performant), ce sont ceux qui ont le moins d'argent qui vont s'adresser aux formations sanitaires publiques. Une corrélation négative entre l'augmentation du revenu et l'abstention thérapeutique est observée par Kloos (1990) en Ethiopie.

⁹ La période de soudure, en Afrique, correspond à la saison des pluies. C'est la période où les anciennes récoltes sont épuisées et les nouvelles ne sont pas encore arrivées.

Des coûts jugés trop élevés sont à l'origine de l'abandon de certains dispensateurs (Wahid, 1984; Waddington et Enyimayew, 1990) y compris dans des situations où leurs services sont perçus comme étant de meilleure qualité (Abel-Smith et Rawal, 1992; Haddad et Fournier, 1995). Dans l'étude de Fabricant et Kamara (1991), 47 pour cent des non - utilisateurs de services ont avancé l'incapacité à payer les coûts comme principale raison. Enfin certains écrits rapportent que le revenu a des effets plus marqués sur la consommation des services préventifs que des services curatifs (Fournier et Haddad, 1992). Les catégories sociales les plus pauvres utilisent moins les services préventifs (Heller, 1982).

Comme on peut le constater, la très grande majorité des études qui ont examiné le lien entre le revenu et l'utilisation des services de santé trouvent qu'ils sont associés. Cette association peut être positive ou négative selon les études et surtout selon le type de recours. Là aussi des variables comme l'âge, le sexe, l'éducation interagissent avec le revenu. En plus, il est peu fiable comme indicateur du positionnement dans la hiérarchie sociale, du fait de sa variabilité dans le temps. En effet, pour un même individu voire pour une famille, le revenu peut énormément varier dans le temps sans pour autant qu'il y ait une modification notable du statut social. Pour contourner ce problème nous avons plutôt mis l'accent sur la possession d'animaux (vaches, ânes, mouton/chèvres, volailles) et de biens matériels (voiture, réfrigérateur, télévision, motocyclette ou bicyclette, radio et présence d'électricité dans la concession) par le ménage pour mesurer son statut socio-économique (confère variables de l'étude). On peut s'attendre à une sous déclaration de ces biens

particulièrement des animaux, du fait que les populations rurales en Afrique sont surtout habituées aux enquêtes administratives pour fins d'impôts. Une bonne information sur les objectifs de l'enquête est de nature à réduire de façon considérable cette sous déclaration. Enfin, si le revenu fournit des informations pertinentes sur l'utilisation des services de santé dans les pays développés, en Afrique et dans les pays en développement d'une façon générale, c'est la capacité de mobilisation des ressources qui est le principal déterminant de l'utilisation des services.

2.3.2.1.6 Autres facteurs

L'ethnie, la religion, l'acculturation et la transition culturelle, l'habitat et le lieu de résidence, la protection sociale et la couverture médicale, le caractère innovateur de certaines personnes, sont également susceptibles d'influencer le comportement d'utilisation des services de santé (Colson, 1971; Keith et Wickrama, 1990). Enfin, l'interaction avec la famille et le réseau social influence l'utilisation des services de santé. Son importance dans la prise de décision varie selon les milieux. En Afrique, c'est la famille qui décide le plus souvent de l'action à poser dans la recherche de soins notamment dans le domaine de l'hospitalisation (Abasiokong, 1981). La famille participe également à la prise en charge des coûts du traitement (Kroeger, 1983). Janzen (1978) a identifié le *"therapy managing group"*, composé de la famille et des proches. Ce groupe a des pouvoirs assez étendus vis-à-vis du patient. Il supporte moralement le patient et décide des consultations et des traitements (Touré, 1994).

Le rôle joué par les caractéristiques des individus et de leurs familles dans l'utilisation des services de santé varie énormément selon les études. Cette variation s'explique en partie par les différences de cultures entre les populations à l'étude. En plus plusieurs des variables interagissent les unes avec les autres, rendant difficile voir impossible toute distinction claire du rôle de chacune dans le phénomène de l'utilisation.

2.3.2.2 Les caractéristiques liées à la maladie.

Le choix thérapeutique des gens est dans une certaine mesure déterminé par les caractéristiques de la maladie et les interprétations qu'ils en font. Il s'agit essentiellement de la nature, de la durée et de la gravité du problème de santé ressenti. Ce choix peut être également influencé par les classifications traditionnelles des maladies et l'efficacité attendue des traitements envisagés (Haddad, 1992).

2.3.2.2.1 La nature de la maladie:

Nombreuses sont les études suggérant que les patients choisissent d'aller vers tel ou tel thérapeute ou médecine, en fonction de la nature de leur problème de santé (Ben Youssef et Wessen, 1974; Caldwell et coll., 1989; Basu, 1990). En Afrique les maladies sont fréquemment classées en deux catégories selon leur nature, celles qui sont d'origine "naturelle" et celles d'origine "surnaturelle". Pour un problème de santé jugé "naturel" ("causé par Dieu"), on s'adressera à la médecine moderne, par contre

s'il est jugé "surnaturel" (c'est-à-dire causé par l'intervention malveillante d'un homme ou par des "esprits"), on ira voir le thérapeute traditionnel (Janzen, 1978). Ainsi, certaines pathologies comme les fractures et les maladies mentales ("les maladies de la tête") sont généralement dirigées vers la médecine traditionnelle (Nchinda, 1977; Lasker, 1981; Caldwell et coll., 1989; Kloos, 1990) et cela même dans les grandes villes où l'on retrouve des hôpitaux modernes. Tandis que des affections comme la tuberculose vont se retrouver prioritairement dans les formations sanitaires modernes (Mwabu, 1986; Stock, 1983 cité par Fournier et Haddad, 1995).

Dans une étude évaluative de la satisfaction des communautés avec les services de soins de santé primaires dans la région de Morogoro, en Tanzanie, Gilson et coll. (1994), rapportent que la médecine traditionnelle est perçue comme la seule efficace pour certaines maladies. Pour la majorité des personnes interrogées, "vous partez à l'hôpital si vous souffrez de problèmes comme la fièvre, des maux de tête ou la toux; pour des maladies telles que les convulsions et la rougeole, nous allons toujours chez le guérisseur". Selon la même étude, 78 pour cent des répondants à une enquête dans les ménages soutiennent que le type de maladie conduit les gens à sélectionner certains fournisseurs de santé. Lorsqu'on leur demande d'expliquer pourquoi, la majorité (61 pour cent) dit que chaque maladie a ses propres traitements.

Au Zimbabwe, l'OMS (1992), rapporte que la diarrhée chez les enfants est classée parmi les maladies d'origine surnaturelle dès qu'elle s'accompagne de fontanelle

creuse. Les gens perçoivent ces symptômes comme étant du ressort d'un thérapeute traditionnel. Cette perception de la maladie a également été notée par d'autres chercheurs au Swaziland (Green, 1985) et dans d'autres pays en développement.

2.3.2.2.2 La durée de la maladie

Le choix thérapeutique des gens varie selon qu'il s'agit d'une affection aiguë ou chronique (Kroeger, 1983; Hielscher et Sommerfeld, 1985; Mwabu, 1986). Lorsqu'il s'agit d'une maladie de longue durée, on préfère recourir au praticien traditionnel (on attribue alors à la maladie une origine surnaturelle) et lorsqu'elle est de courte durée on préfère s'adresser à la médecine moderne (Heggenhougen, 1980). Dans une étude réalisée en Inde, Gould (cité par Kroeger, 1983) soutient que lorsque la maladie est "chronique et non-incapacitante", les gens vont recourir aux thérapeutes traditionnels alors qu'ils vont utiliser les services de santé modernes quand l'affection est "aiguë et incapacitante". Hielscher et Sommerfeld (1985) rapportent qu'au Mali, les malades s'adressent en priorité aux formations sanitaires modernes pour des affections aiguës.

2.3.2.2.3 La gravité du problème de santé

Pour un problème de santé estimé peu ou pas grave, on adopte souvent l'abstention thérapeutique ou l'automédication, alors que s'il est estimé grave, on s'adresse aux formations sanitaires modernes (Hielscher et Sommerfeld, 1985; Green, 1985;

Wolffers, 1988; Sauerborn et coll., 1989). Ce point de vue est soutenu par Sauerborn et coll. (1989) dans une étude au Burkina Faso (confère Tableau 4). Le principal critère de décision dans le choix thérapeutique des patients est généralement constitué par la perception qu'ils ont de la gravité de leur maladie (Young, 1981). Plus la maladie est considérée comme grave, plus le patient et sa famille vont avoir recours à plus d'un dispensateur de soins (Colson, 1971). Le recours à des dispensateurs de plus en plus qualifiés (Heller, 1982; Sauerborn et coll., 1989) ou privés (Haddad, 1992) augmente également avec la gravité ressentie.

Tableau 4

Utilisation des recours thérapeutiques selon la gravité de la maladie au Burkina Faso (adapté de Sauerborn et coll., 1989)

Recours Thérapeutiques	Gravité (%)	
	Pas Grave	Grave
Services modernes	14,3	47,6
Praticiens traditionnels	5,5	13,0
Automédication	70,0	37,3
Abstention thérapeutique	10,1	2,1
Total	100,0	100,0

D'autres facteurs comme les classifications traditionnelles des maladies (maladie "naturelle" ou "surnaturelle", maladie "chaude" ou "froide" etc.) et l'efficacité attendue des traitements envisagés ont également parfois des influences sur le choix

thérapeutique du malade (Haddad, 1992). Selon Hielscher et Sommerfeld (1985), ces classifications traditionnelles permettent au patient et à sa famille de sélectionner les ressources les plus adaptées. Quant à l'efficacité attendue des traitements envisagés, plusieurs auteurs estiment qu'elle est probablement le déterminant le plus important (plus que la gravité et le coût) des choix thérapeutiques (Kroeger, 1983; Gesler, 1984, Kloos, 1990).

2.3.2.3 Les caractéristiques liées aux services de santé

Les caractéristiques des services de santé et les perceptions qu'en ont les gens influencent leur comportement d'utilisation de ces services. Ces caractéristiques peuvent être regroupées en trois catégories principales, selon qu'elles réfèrent à la qualité des services fournis, à l'accessibilité géographique ou au coût d'utilisation des services.

2.3.2.3.1 La qualité des services fournis

Habituellement les évaluations de la qualité sont axées sur des concepts techniques, comme la disponibilité des structures (qualité structurelle) ou le processus de production des soins (qualité de processus). Ces évaluations ne prennent pas en compte le point de vue des usagers. Il est clair pour un certain nombre de sources (Frankel, 1984; Kroeger, 1988; Kloos, 1987; Haddad et Fournier, 1995) que la perception de qualité des services est l'un des déterminants les plus importants du

choix du fournisseur de soins par le patient et de sa volonté de payer. Dans une étude en Ethiopie, Kloos (1990), montre que la population accorde plus d'importance à la qualité des services qu'à leurs coûts. Les centres de santé gérés par les missionnaires sont généralement plus fréquentés que les services gouvernementaux, en raison, entre autres de la meilleure qualité de leurs services (Mwabu, 1986; Vogel, 1988). En revanche, la sous-utilisation des formations sanitaires publiques est directement associée à une déficience de la qualité de leurs services (Annis, 1981; Abu Zeid et Dunn, 1985; Kloss et coll., 1987). Les composantes de la qualité sont variables selon les cultures et selon les problèmes de santé. L'accent est généralement mis sur:

- a) la qualité technique comme la compétence des professionnels et la continuité des services. Les médecins sont le plus souvent préférés aux autres professionnels de la santé à cause de la plus grande compétence qui leur est attribuée (Haddad, 1992). La difficulté d'accéder aux services des médecins peut être à l'origine de l'abandon de la formation sanitaire par certains patients (De Walt, 1977). De la même manière, la possibilité pour les patients de rencontrer toujours les mêmes personnels, pourrait influencer leur comportement d'utilisation (Haddad, 1992);
- b) la disponibilité des médicaments; des observations concordantes montrent que la perception qu'ont les populations de la qualité des services repose pour une grande part, sur la disponibilité des médicaments (Abu Zeid et Dunn, 1985;

Unger, 1990; Waddington et Enyimayew, 1990). Les ruptures d'approvisionnement en médicaments sont une des principales causes de sous-utilisation des services de santé (Gish, 1990); Cependant certains auteurs (Chabot, 1988; Kanji, 1989; Garner, 1989) critiquent l'Initiative de Bamako pour avoir trop mis l'accent sur l'approvisionnement des médicaments qui du reste n'est qu'un des aspects de la qualité des soins (Chalker, 1995).

- c) les relations interpersonnelles; les comportements des personnels de santé et leurs attitudes vis-à-vis des patients peuvent favoriser l'utilisation ou le rejet des formations sanitaires (Abu Zeid et Dunn, 1985); Haddad (1992) dans une étude réalisée à Nioki, au Zaïre, trouve que la qualité de l'accueil fait aux consultants est très souvent évoquée dans les entretiens qu'il a eut avec les populations. Pour un des participants aux entretiens, l'accueil est primordial car: "même s'il est compétent, un infirmier qui m'accueille mal me décourage à utiliser le service". Dans la même étude, l'auteur rapporte que les relations avec la communauté en dehors de l'activité du centre de santé et en particulier le respect des femmes, sont souvent évoqués notamment dans les villages où des problèmes "d'infirmiers coureurs" se sont posés.

- d) les modalités organisationnelles comme les horaires d'ouverture et de fermeture des formations sanitaires, peuvent influencer sur les comportements d'utilisation des populations (Basu, 1990). A Niamakoro, une agglomération de Bamako, des femmes nous ont confié lors d'une enquête sur l'utilisation des

services de santé, qu'elles n'ont pas acheté les médicaments au centre de santé (qui en dispose sous forme de génériques) parce qu'il n'est pas ouvert la nuit (moment de leurs achats).¹⁰

Certes la qualité telle que la perçoivent les populations est importante à prendre en compte si on veut améliorer l'utilisation des services de santé. Mais la question se pose de savoir dans quelle mesure les politiques doivent correspondre à la demande exprimée par les usagers ou aux besoins déterminés par les professionnels? Si l'on considère uniquement la qualité telle qu'elle est perçue par les communautés, l'un des dangers potentiels est que le financement communautaire (tel que prôné par l'Initiative de Bamako), risque d'inciter à répondre aux normes de qualité définies par les communautés et non celles définies par les professionnels. Elle risque donc de ne pas avoir d'effet positif sur le niveau mesurable de santé (Dumoulin et Kaddar, 1993).

2.3.2.3.2 L'accessibilité géographique

Elle est selon certains auteurs "un facteur limitant majeur" à l'utilisation des services (Kloos, 1992). En effet la clientèle des formations sanitaires publiques est essentiellement constituée de patients demeurant dans un rayon de moins de 5 kilomètres du centre (Annis, 1981; Wahid, 1984; Kloos et coll., 1987).

¹⁰ A Niamakoro, ce sont les hommes qui payent les médicaments. La plupart travaillent à Bamako pendant la journée et ne sont de retour que le soir.

En Sierra Leone par exemple, Fabricant et Kamará (1991) ont remarqué que les populations utilisent plus de services lorsqu'elles demeurent dans des villages situés à moins de trois miles des formations sanitaires publiques.

La sous-utilisation des services de santé modernes en Afrique, est attribuable dans une large mesure à la moindre accessibilité géographique de ces services, particulièrement en milieu rural (Kroeger, 1983). L'OMS (1992) dans son étude au Zimbabwe rapporte que les résidents des régions rurales font plus de onze kilomètres de voyage pour atteindre un hôpital, entre sept et onze kilomètres pour consulter une clinique et quarante kilomètres pour trouver une pharmacie. Ce phénomène pourrait expliquer l'utilisation importante des services de praticiens traditionnels qui y sont nombreux et d'accès relativement facile (Dunlop, 1975). La même étude de l'OMS au Zimbabwe souligne qu'il y a des marabouts dans toutes les régions de l'enquête à l'exception des fermes. Soulignons enfin que des facteurs comme la nature de la maladie, le revenu, le coût d'utilisation et la qualité perçue des services vont interagir avec les effets des distances sur l'utilisation.

2.3.2.3.3 Les coûts d'utilisation

L'impact des coûts sur l'utilisation a été largement documenté mais malgré cela, il reste un sujet d'actualité très controversé. L'introduction d'un système de recouvrement direct des coûts peut jouer de différentes manières sur l'utilisation des formations sanitaires publiques. Un système favorisant la substitution des

médicaments manufacturés (spécialités) par des produits génériques sous dénomination commune internationale (DCI) et réduisant le coût du médicament est probablement en mesure de renforcer l'utilisation des formations sanitaires publiques (Benett, 1989; Unicef, 1992; Ross-Degnan et coll., 1992). A l'inverse, un système dans lequel le médicament fourni par le secteur public est jugé trop coûteux ou non compétitif, contribue à accroître le recours à des sources d'approvisionnement concurrentes (Haddad et Fournier, 1995). L'impact négatif de l'introduction du système de recouvrement direct des coûts est souvent vu comme la conséquence de la mauvaise qualité des services fournis dans les formations sanitaires publiques (Haddad et Fournier, 1995).

Plusieurs études menées entre autres au Ghana (Waddington et Enyimayew, 1989), au Swaziland (Yoder, 1989) et au Zaïre (de Bethune et coll., 1989) rapportent que lorsque le paiement est introduit sans amélioration de la qualité des soins, l'utilisation des services a été réduite. Dans ces cas le paiement a été imposé et les recettes n'ont pas été réinvesties dans les formations sanitaires pour améliorer la qualité des services. L'Initiative de Bamako vise justement à améliorer la qualité des services dans les formations sanitaires publiques en assurant d'une part la disponibilité permanente des médicaments génériques à faibles coûts et d'autre part le financement des coûts de fonctionnement à partir des revenus générés par le système. La question est alors de savoir dans quelle mesure l'augmentation de la qualité des services fournis par les formations sanitaires, peut pallier aux effets négatifs des coûts ? (Unicef, 1990c; Haddad et Fournier, 1995). Ainsi, les effets de

l'introduction d'un mécanisme de recouvrement direct des coûts sur l'utilisation des services de santé publics vont dépendre des coûts que les consommateurs vont avoir à supporter mais également des caractéristiques de ces mécanismes et de leurs conditions d'implantation:

- a) *Le type de système* : les systèmes basés sur le paiement direct des services fournis ou des médicaments délivrés sont comme on l'a vu, susceptibles de renforcer les barrières à l'utilisation des groupes sociaux les plus démunis. Le paiement des médicaments à l'unité comporte le risque de réduire l'observance, les patients arrêtant leurs traitements dès qu'il perçoivent une amélioration de leur état de santé (Unicef: Parker et Knippenberg, 1991).

- b) *La rémunération des personnels de santé*: La rétrocession d'une partie des recettes générées par la vente des médicaments à ceux qui les prescrivent ou les distribuent, influence directement leurs pratiques de prescription (McPake et coll., 1992; Ross-Degnan, 1992). Les personnels de santé peuvent avoir tendance à "sur-prescrire" le médicament pour générer des revenus additionnels. A l'inverse, l'absence d'intéressement aux recettes est en mesure de réduire la motivation des personnels et leur adhésion aux standards de pratique prédéfinis. Cela peut également les inciter à détourner des médicaments à leur propre compte.

- c) *Les règles de distribution et de prescription du médicament.* Les règles concernant les quantités fournies aux patients (vente à l'unité ou par cure complète) vont influencer la prescription du médicament, sa consommation et les sources d'approvisionnement de la communauté (Foster 1991). L'imposition ou non pour la délivrance du médicament, d'un service complémentaire (une consultation préalable) est aussi probablement en mesure d'interférer dans les choix thérapeutiques et les consommations des communautés. Enfin, la nature des médicaments couverts par le système et leurs conditionnement, (forme, présentations etc.) vont contribuer à modifier l'offre locale du médicament ainsi que les pratiques de consommation, de prescription et de vente.
- d) *La performance du système en matière d'approvisionnements:* La qualité étant un déterminant majeur des recours thérapeutiques choisis, un approvisionnement régulier en médicament est en mesure de renforcer l'attrait des services de santé publics et leur utilisation (et inversement, des ruptures fréquentes d'approvisionnement sont de nature à favoriser les dispensateurs concurrents).
- e) *Les "mesures d'accompagnement":* En général, l'implantation d'un système de recouvrement direct des coûts est associée à des mesures de différente nature destinées à favoriser l'utilisation rationnelle des médicaments ou à "revitaliser" le système public. Ainsi, la mise en oeuvre d'une politique de médicaments essentiels modifie l'offre et l'utilisation du médicament. L'impact sur les

pratiques de prescription et de consommation peut également différer selon que le système de recouvrement s'accompagne ou non d'interventions d'éducation ou de formation (certains suggèrent que l'éducation des populations et la formation des personnels de santé seraient en mesure de susciter une utilisation plus rationnelle du médicament) (Van Der Geest, 1987)

- f) *L'implication de la communauté*: La participation de la communauté dans la mise en oeuvre et la gestion des services de santé publics est a priori, en mesure de renforcer l'acceptabilité de systèmes de recouvrement des coûts et de stimuler l'utilisation de ces services.

- g) *La perméabilité du système* : Le détournement par le personnel de santé d'une partie des médicaments (Des exemples sont présentés dans Bledsoe et coll., 1985; Vogel et Stephens, 1989; Reeler, 1990; Waddington et Enyimayew, 1990), peut alimenter à plus ou moins grande échelle le marché parallèle.

2.4 Conclusion

Au total, la nature et l'importance des facteurs déterminants l'utilisation des services de santé et des médicaments, font l'objet d'interprétations diverses selon les études, les auteurs, et les références idéologiques. L'introduction d'un mécanisme de recouvrement des coûts basé sur la rétrocession des médicaments comme le préconise l'Initiative de Bamako, peut jouer de différentes manières sur l'utilisation de

services et des médicaments. L'IB soulève des problèmes de fond sur l'usage rationnel des médicaments, l'équité et l'efficacité des services de santé. En effet, lier la survie des formations sanitaires publiques et même des personnels travaillant dans ces formations à la vente des médicaments essentiels va à l'encontre de la logique de rationalisation de la consommation des médicaments prônée par l'OMS depuis des décennies. De même que faire payer l'utilisation des services de santé par des populations les plus pauvres de la planète pose un problème aigu d'équité.

La capacité du financement communautaire à générer des ressources additionnelles pour le secteur de la santé dépend de son potentiel à trouver une combinaison entre les prix et l'amélioration de la qualité des services fournis. Un niveau de recouvrement des coûts élevé qui permettrait de mobiliser des ressources substantielles pour améliorer la qualité des services et des soins empêcherait la grande majorité des populations d'utiliser les services. En revanche, des coûts faibles qui permettrait à un grand nombre de personnes d'accéder aux services et aux soins, ne permettraient pas d'avoir des ressources suffisantes pour améliorer la qualité. Dans l'un ou l'autre des cas l'utilisation des services de santé serait faible soit du fait des coûts élevés soit à cause de la mauvaise qualité des services. Le défi des systèmes s'inspirant de l'IB consiste à trouver un équilibre entre les coûts et la qualité des services de façon à optimiser l'utilisation de ces derniers. Ce qui semble être un défi relativement difficile à relever en tout cas si l'on se réfère aux expériences antérieures menées en Afrique.

L'unanimité est faite autour de l'amélioration de la qualité des services et de l'accessibilité aux soins dans les pays en développement, cependant des divergences existent quant aux moyens d'y parvenir. Foster (1991) estime par exemple que des économies assez substantielles pourraient être faites à partir de la rationalisation de l'utilisation des médicaments. Des économies variant de 10 à 50% en moyenne et même parfois de 70% pourraient être faites à partir de l'utilisation de critères coûts - efficacité dans la sélection des médicaments, de la quantification, de l'approvisionnement (générique, appels d'offre), du stockage et de la distribution, de la rationalisation de la prescription et enfin de l'amélioration de l'observance. Ces économies pourraient permettre d'améliorer la qualité des services et partant l'utilisation et la viabilité des formations sanitaires publiques. Il faut cependant noter que les formations sanitaires publiques ne sont pas les seuls fournisseurs de soins et de médicaments et que les itinéraires suivis par les personnes malades sont souvent assez complexes. Le choix du thérapeute dépend à la fois des caractéristiques liées au patient et à sa famille, à la maladie et à l'interprétation qu'on en fait et au système de santé et à ses caractéristiques. Pour toutes ces raisons, l'analyse des effets de l'introduction d'un système de recouvrement direct des coûts sur le comportement d'utilisation des médicaments est un sujet d'actualité et qui peut contribuer à répondre à certaines des questions soulevées par l'initiative de Bamako.

Chapitre 3: Cadre d'analyse, Stratégie et Planification de la recherche

3.1 Modèle théorique

De nombreux modèles ont été élaborés pour mieux comprendre l'utilisation des services de santé. Deux types d'approches existent, à savoir: celles centrées sur les décisions et les comportements individuels et celles axées sur l'interface entre les patients et les professionnels (Haddad, 1992). Dans les modèles relevant du premier groupe, les individus ont un rôle prépondérant, leurs choix et leurs préférences étant à l'origine de l'utilisation. Dans les modèles relevant du second groupe l'accent est essentiellement mis sur le fait que l'utilisation des services de santé naît de la rencontre d'un patient et d'un fournisseur de soins.

Aucun des modèles appartenant à l'un ou l'autre de ces deux groupes n'est capable à lui seul d'expliquer de façon satisfaisante l'utilisation des services de santé dans les pays en développement où le contexte socioculturel est important, avec une pluralité de systèmes médicaux et où l'utilisation est essentiellement le produit d'une démarche individuelle. Des modèles spécifiques aux pays en développement ont donc été construits. Certains mettent plus l'accent sur les étapes décisionnelles (Igun, 1979; Fabrega, 1979; Young, 1981), d'autres sur les facteurs associés à l'utilisation (Woods et Graves, 1976; Stock, 1987, Kroeger, 1983). Le plus connu et probablement le plus utilisé est le modèle de Kroeger. Notre modèle théorique (figure 2) s'inspire de ce dernier.

Nous sommes partis du fait que dans les pays en développement l'utilisation du médicament est, comme l'utilisation des services de santé, le produit d'un processus complexe déterminé par les caractéristiques des individus, de la maladie et des services de santé, ainsi que par les pratiques de prescription et de vente des médicaments. Parmi les caractéristiques liées aux individus on retrouve le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, les statuts professionnel et socio-économique, les caractéristiques de la famille, l'ethnie, la religion, la résidence et l'interaction avec la famille et le réseau social.

Les caractéristiques de la maladie sont essentiellement leur nature qui est étroitement liée à l'origine qui leur est attribuée (naturelle ou surnaturelle), la durée (aiguë ou chronique) et la gravité (sévère ou modérée). Les caractéristiques liées aux services de santé sont le prix et la qualité des services, l'accessibilité géographique ainsi que les modalités de facturation, d'approvisionnement et de distribution des médicaments. Les croyances et les attitudes à l'égard du médicament sont fonction de ces trois groupes de variables qui sont interdépendantes. Les effets de ces différents déterminants (caractéristiques individuelles, celles liées à la maladie et aux services de santé, les croyances et attitudes à l'égard du médicament) peuvent être appréciés à un double niveau.

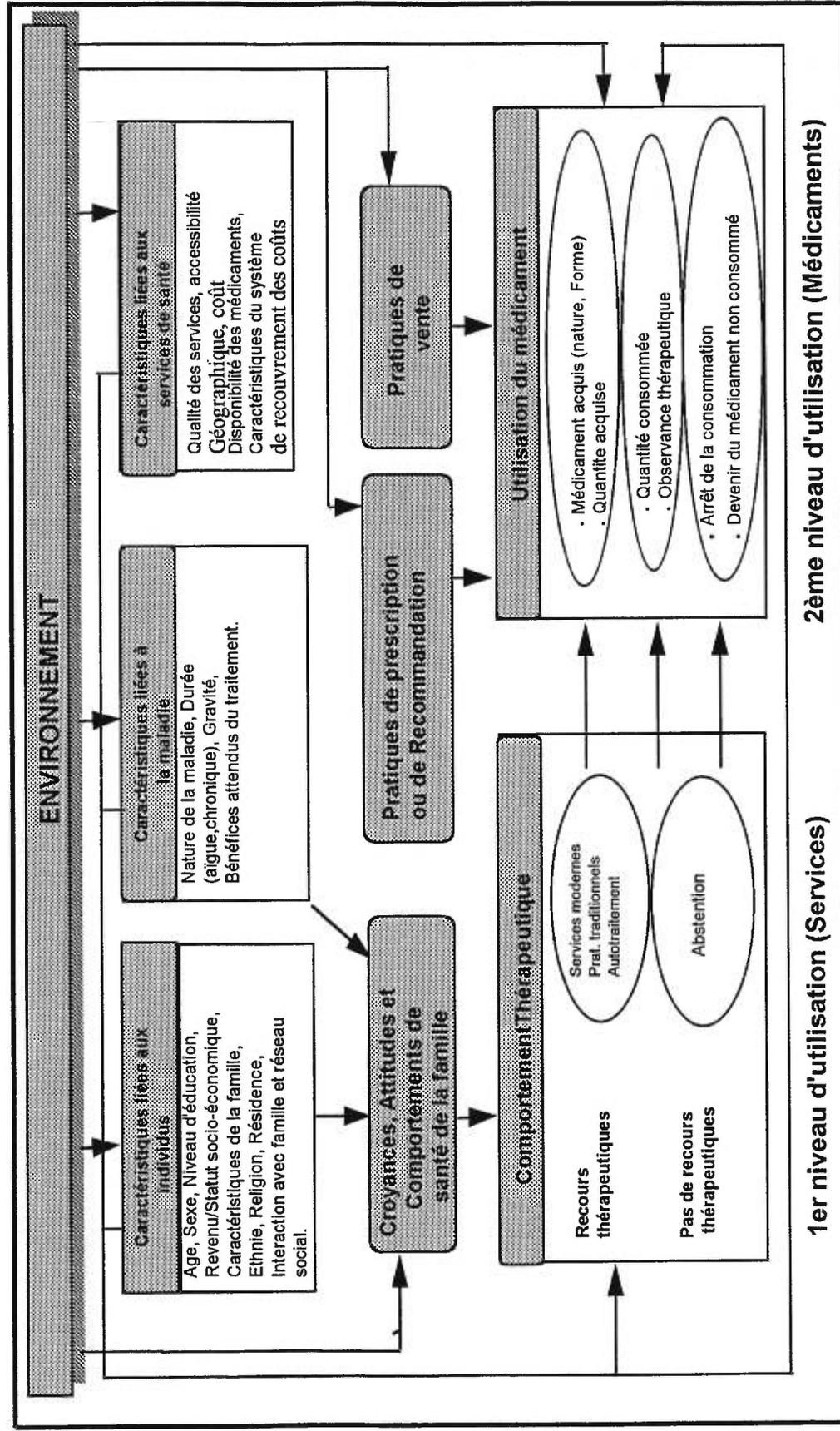
Le premier relève des choix thérapeutiques lors d'un épisode de maladie. Deux choix sont possibles: 1) Le recours à un traitement; dans ce cas on va soit consulter un prestataire de soins modernes (services de santé modernes publics ou privés) ou un

thérapeute traditionnel, soit pratiquer l'auto-traitement y compris l'achat direct de médicaments dans les pharmacies ou chez les vendeurs informels; 2) l'abstention thérapeutique.

Le second niveau s'adresse aux comportements d'utilisation du médicament. Ces comportements (caractéristiques et quantité des médicaments acquis, consommation, observance thérapeutique, arrêt de la consommation et devenir des médicaments restants) sont considérés comme la conséquence directe: 1) des recours thérapeutiques effectués (services de santé modernes, praticiens traditionnels, vendeurs officiels ou informels de médicaments, auto-traitement); 2) des croyances des individus ainsi que des pratiques de prescription et de vente du médicament; 3) de différents facteurs comme les caractéristiques liées aux individus, à la maladie et au service de santé. Cet ensemble se situe dans un environnement dont les caractéristiques importantes sont la redynamisation des formations sanitaires publiques et le niveau de concurrence entre prestataires de soins d'une part et fournisseurs de médicaments modernes d'autre part.

Ce modèle permet une vision globale de l'utilisation des services de santé et du médicament. Dans la perspective de l'étude des relations entre les caractéristiques des services de santé modernes et (1) les recours thérapeutiques et (2) l'utilisation proprement dite du médicament, il convient alors de tenir compte en plus des facteurs suscités, des pratiques de prescription et de vente.

Figure 2: Utilisation du médicament : modèle conceptuel.



3.2 Objectifs et hypothèses de recherche

3.2.1 Objectifs

Cette recherche vise à analyser les effets de certaines caractéristiques des services de santé sur leur utilisation et sur celle des médicaments; ces caractéristiques étant celles que les systèmes s'inspirant de l'Initiative de Bamako cherchent à modifier (coût, disponibilité des médicaments génériques, revitalisation des services de santé). Plus spécifiquement, elle vise: 1) à vérifier si la revitalisation des formations sanitaires publiques, telle que préconisée par l'IB, augmente leur utilisation; 2) à vérifier si elle conduit à une utilisation rationnelle des médicaments et 3) à analyser les facteurs qui sont associés à la consommation des médicaments modernes.

L'étude est réalisée dans trois sites qui diffèrent en termes de système public d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts:

- i. A Niono, le système de recouvrement est celui qui est habituellement utilisé dans le cadre de l'IB, il permet l'autofinancement et le réapprovisionnement en médicaments essentiels dont la disponibilité est bonne. La supervision et la formation des personnels sont régulières. La gestion des médicaments est indépendante de celle des autres activités. Les communautés sont moyennement impliquées dans la gestion à travers le comité de gestion du cercle.

- ii. A Gao, le système est subventionné du fait de la pauvreté des populations bénéficiaires, les prix pratiqués sont modiques et l'approvisionnement en médicaments peut être qualifié de moyen. Le système est en grande partie géré à partir de Bamako situé à 1 200 kilomètres. La supervision et la formation des personnels sont irrégulières.

- iii. A Koutiala les formations sanitaires publiques ne pratiquent pas de recouvrement des coûts et ne disposent pas de médicaments essentiels (au moment de l'enquête).

La connaissance des principales caractéristiques de ces trois sites est indispensable car elle permet d'une part de préciser les hypothèses et d'autre part d'interpréter les résultats à la lumière du contexte. Les Tableaux 5(a) et 5(b) présentent les principales caractéristiques des services de santé dans les trois sites. Les caractéristiques plus détaillées sont données à l'annexe 4.

Tableau 5(a)

État des principales caractéristiques des services de santé dans les trois sites

Caractéristiques	Sites		
	Niono	Gao	Koutiala
Coût d'utilisation	élevé	peu élevé	très élevé
Approvisionnement en médicament	régulier	irrégulier	inexistant
Formations - supervisions	régulières	irrégulière	inexistant
Possibilité de gestion locale	oui	non	oui
Prise en charge des indigents	oui	non	non
Participation communautaire	oui	non	non
Utilisation de supports à la prescription	oui	non	non
Disponibilité de médicaments génériques	oui	oui	non
Obligation d'achat de cure complète	oui	oui	non
Rénovation, équipement des centres	oui	oui	non

Tableau 5 (b)

État des principales caractéristiques des services de santé dans les trois sites (suite)

Caractéristiques	Sites		
	Niono	Gao	Koutiala
Prestataires de services de santé			
*Modernes - Publics	*1 Centre de santé de cercle, *3 centres de santé d'arrondissement, *5 centre de santé de secteur de base	1 centre de santé de cercle, 3 Dispensaires, 1 Hôpital, 3 centres de santé d'arrondissement	1 centre de santé de cercle, 5 centres de santé d'arrondissement
*Modernes - Privés	Moins nombreux qu'à Koutiala. En général accessibles	Moins nombreux qu'à Koutiala. L'accès à ces ressources est variables.	Nombreux et de différents types, présents dans la plupart des quartiers
*Traditionnels	Nombreux	Peu nombreux	Très nombreux
Fournisseurs de médicaments modernes			
* Formels	4 Officines	2 Officines	4 Officines, 1 Dépôt PPM
*Informels	Nombreux	Moins nombreux qu'à Koutiala et Niono	Nombreux
Performance Générale	Bonne	Moyenne	Faible

3.2.2 Hypothèses

Conformément aux objectifs définis, des hypothèses sont développées à deux niveaux: celui de l'utilisation des services et celui de l'utilisation des médicaments.

A) Hypothèses sur l'utilisation des services.

A1 Hypothèse sur les recours thérapeutiques

Le recours à un prestataire de soins (public, privé moderne ou privé traditionnel) dépend pour une part de la maladie (et particulièrement de sa gravité) et d'autre part des caractéristiques individuelles et familiales. Il est d'autant plus fréquent (1) que la maladie est perçue grave; (2) que la personne concernée est instruite et de niveau socio-économique élevé; (3) que l'accès à ces prestataires est aisé. Conséquemment, l'auto-traitement et l'abstention thérapeutique sont d'autant plus fréquents que la maladie est moins grave, que les ressources du ménage sont faibles et que les fournisseurs de médicaments sur le marché local sont nombreux.

A2 Hypothèse sur l'utilisation des services de santé publics.

A2.1 Quand des médicaments sont disponibles dans le système public et bien que les services soient payants on y a plus fréquemment recours que dans le cas

où les services publics sont gratuits mais que les médicaments ne sont pas disponibles.

A2.2 Dans un environnement non concurrentiel (offre de soins limitée) le recours aux services de santé publics existant n'est pas lié à la disponibilité de médicaments essentiels ni à la revitalisation du système public; ils sont utilisés quelle que soit leur performance.

A3 Hypothèse sur l'utilisation des services de santé privés.

Toutes choses étant égales, le recours à des prestataires de services de santé modernes en privé et aux thérapeutes traditionnels est plus important quand le système de santé public est déficient, qu'il ne dispose pas de médicaments et que le nombre de prestataires privés (modernes et traditionnels) est important.

B) Hypothèses sur l'utilisation des médicaments.

B1 En raison de sa large implantation et du fait des qualités qui lui sont attribuées, le médicament moderne est largement utilisé quel que soit le contexte; Il est d'autant plus consommé que: 1) l'on a recours à des prestataires de soins modernes; 2) la maladie est perçue comme grave et 3) la personne concernée est instruite et de niveau socio-économique élevé.

- B2 La mise en œuvre dans le secteur public de mesures visant à rationaliser la prescription conduit à: 1) une réduction du nombre de médicaments prescrits et consommés; 2) un recours moins fréquent aux injections; 3) une diminution de la prescription et de la consommation d'antibiotiques; 4) une plus grande consommation de médicaments génériques et 5) une meilleure observance du traitement.
- B3 Quand les formations sanitaires publiques disposent de médicaments génériques à bas prix, elles constituent une source d'acquisition relativement importante de médicaments modernes; en revanche lorsqu'elles n'en disposent pas, ce sont les pharmacies privées et les vendeurs du secteur informel qui sont les principaux fournisseurs de médicaments.
- B4 Le coût d'acquisition des médicaments par les utilisateurs des services de santé publics disposant de médicaments génériques sont moindres que ceux payés par les utilisateurs des formations sanitaires publiques n'ayant pas de médicaments.

3.3 Stratégie de recherche

La stratégie adoptée est celle d'une étude populationnelle transversale. Le devis de recherche retenu est une étude analytique corrélationnelle. Elle permettra d'investiguer les relations entre certains attributs de l'offre locale de services (niveau de concurrence élevé ou faible, systèmes publics revitalisés ou non) et l'utilisation du médicament moderne dans les formations sanitaires publiques. Elle permettra également d'investiguer les relations entre certaines caractéristiques liées aux individus (âge, sexe, instruction, niveau socio-économique) ou à la maladie (gravité, symptomatologie) et l'utilisation du médicament.

La richesse de notre modèle conceptuel qui tient compte de tous les facteurs qui peuvent influencer l'utilisation des services de santé et des médicaments modernes est de nature à renforcer la validité interne de notre étude. Les effets des différentes variables retenues ont été vérifiés par l'utilisation de tests statistiques. Enfin, le nombre élevé de personnes malades que nous avons interrogées augmente la puissance explicative de notre stratégie et assure que les variations observées ne sont pas le fait du hasard.

Les différents biais pouvant influencer la validité externe d'un tel devis sont au nombre de trois: relation causale ambiguë, interaction entre l'intervention et la situation expérimentale et interaction entre les différentes composantes d'une intervention (Contandriopoulos et col., 1990). Notre modèle théorique est assez

complexe et assez complet, nous l'avons dit. Il tient compte de tous les aspects de l'utilisation du médicament. Les projets concernés par l'étude ne sont pas des interventions récentes. Le projet de Gao a démarré en 1986 et celui de Niono en 1989. Depuis, plusieurs projets semblables ont été initiés à travers le pays. Au moment de l'étude il n'y avait pas de "caractéristiques particulières" (enthousiasme du promoteur d'une expérience pilote, milieu favorable à l'intervention, moment particulièrement peu propice à une façon nouvelle de faire etc.). En plus les systèmes étudiés se situent dans les situations les plus tranchées que l'on puisse avoir. Les autres modèles de recouvrement direct des coûts sont des modèles qui, dans des proportions variables empruntent des modalités à l'une ou l'autre de ces extrêmes.

Le contexte de notre étude, milieu rural avec une population essentiellement active dans le secteur primaire de l'économie, constitue le contexte de vie de la majorité des populations au Mali et dans les pays africains. Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat du Mali (1987), plus de deux personnes sur trois vivent en milieu rural et plus de 80 pour cent de la population ont comme activité principale l'agriculture, l'élevage ou la pêche (BCR, 1987). Ces différents éléments nous donnent l'espoir d'une bonne validité externe.

3.4 Planification opérationnelle de la recherche

3.4.1 Population à l'étude

La population à l'étude est constituée par les populations des villes de Niono, Gao et Koutiala, ainsi que celles des villages de Molobala, Coccody et Touba. Molobala fait partie du site de Koutiala, Coccody et Touba du site de Niono. Les populations sont respectivement de 20 000 personnes pour Niono, 40 000 pour Koutiala et de 30 000 personnes environ pour Gao (BCR, 1992). Le village de Molobala compte environ 4200 personnes et les villages de Coccody et de Touba ont à peu près 6000 habitants (BCR, 1992). Ces villes qui sont des communes rurales de taille moyenne et ces villages, sont relativement représentatifs du Mali.

3.4.2 Échantillonnage

Dans les analyses nous voulons être capable de comparer deux à deux les différents sites. Ceci guide le choix de la technique utilisée pour déterminer l'effectif minimum nécessaire. Le calcul de la taille de l'échantillon se fait sur les malades car c'est la procédure la plus exigeante (il y a moins de malades que de ménages). Il s'appuie sur les mesures effectuées lors de l'étude pilote réalisée à Niamakoro et fait appel à la procédure préconisée par l'OMS (1991), pour la comparaison des proportions dans différentes populations. Le calcul est effectué sur trois des principales variables indépendantes : (1) la proportion "Pa" de personnes utilisant des médicaments

modernes ($P_a = 0,77$ lors de l'étude pilote); (2) la proportion " P_b " de personnes recourant à un prestataire de soins lors de leur épisode de maladie ($P_b = 0,60$ lors de l'étude pilote) et (3) la proportion de personnes ayant eu recours à un service de santé public ($P_c = 0,40$ dans l'étude pilote). La méthode est utilisée successivement pour chacune de ces variables et l'effectif choisi correspond à la valeur calculée la plus élevée. Les paramètres suivants sont requis pour le calcul:

- α = niveau de signification;
- $1 - \beta$ = puissance du test;
- P_{i1} = proportion attendue dans le premier groupe à comparer;
- P_{i2} = proportion attendue dans le second groupe à comparer;
- d = précision absolue nécessaire, de part et d'autre de la valeur exacte de la différence entre les deux proportions (en points de pourcentage);
- V = valeur intermédiaire; $V = P_{i1}(1-P_{i1}) + P_{i2}(1-P_{i2})$.

Une table proposée par les auteurs permet alors d'obtenir les effectifs requis dans chaque groupe.

Dans notre cas, les seules proportions dont nous disposons sont celles observées dans l'étude pilote (P_{i1}). Nous avons donc choisi d'être capable de détecter une différence absolue de 0,1 entre deux groupes soit: $P_{i2} = P_{i1} \pm 0,1$. La valeur P_{i2} choisie est celle pour laquelle l'effectif requis est le plus élevé (approche conservatrice) soit celle dont la variance est la plus élevée (autrement dit celle dont la valeur est la plus proche de 0,5).

- Calcul des effectifs requis sur la base de l'utilisation de médicaments modernes au cours de l'épisode.

$$Pa1 = 0,77; \quad Pa2 = 0,77 \pm 0,1; \quad Pa2 = 0,67 \text{ est retenue};$$

ceci nous donne $V = 0,398$. La table proposée par les auteurs suggèrent pour

$$\alpha = 0,5; \beta = 0,80; d = 0,1; V = 0,40, \text{ un effectif de } 154 \text{ personnes par groupe.}$$

- Calcul des effectifs requis sur la base du recours à un prestataire de soins lors de l'épisode.

$$Pb1 = 0,59; \quad Pb2 = 0,59 \pm 0,1; \quad Pa2 = 0,49 \text{ est retenue};$$

ceci nous donne $V = 0,4328$. Pour $\alpha = 0,5; \beta = 0,80; d = 0,1$; les effectifs requis

sont pour $V = 0,42$ de 162 et pour $V = 0,44$ de 170. Par interpolation on estime

l'effectif requis à $162 + 170 / 2 = 166$ personnes par groupe.

- Calcul des effectifs requis sur la base de l'utilisation des services de santé publics au cours de l'épisode.

$$Pc1 = 0,40; \quad Pc2 = 0,40 \pm 0,1; \quad Pc2 = 0,50 \text{ est retenue};$$

ceci nous donne $V = 0,490$. Pour $\alpha = 0,5; \beta = 0,80; d = 0,1$; les effectifs requis

sont pour $V = 0,48$ de 185 et pour $V = 0,50$ de 193. Par interpolation on estime

l'effectif requis à $185 + 193 / 2 = 189$ personnes par groupe.

L'analyse la plus exigeante est celle consistant à comparer l'utilisation des services de santé publics entre deux des sous groupes de l'étude. C'est donc sur

- cette base qu'est calculé l'effectif pour chacun des sites. Il est de 189 personnes par site. Etant donné qu'on a trois sites, l'effectif total pour l'étude est de $189 \times 3 = 567$ personnes malades.

Une étude réalisée à Bamako (Sidibé et De Béthune, 1994) suggère que pour avoir un ménage avec une personne ayant présenté un épisode de maladie dans les quinze jours précédents il faut enquêter trois ménages. De ce fait le nombre de ménages requis est $N = 567 \times 3 = 1701$. Au cours de l'enquête 824 personnes malades et 1817 chefs de ménage ou leurs représentants ont été interrogés.

La technique échantillonnale combine l'échantillonnage par stratification et l'échantillonnage systématique. Les localités sont divisées en quartiers; la base de sondage est constituée par la liste des ménages. Un échantillon est tiré par quartier proportionnellement au nombre de ménages qui y résident. Le premier ménage à enquêter dans le quartier est tiré au hasard à partir d'une table de nombres aléatoires et une fraction échantillonnale de un sur sept permet de sélectionner les autres premiers ménages. Les autres ménages de la journée sont déterminés en suivant un itinéraire préétabli (cf. Annexe no 3). Cette technique d'échantillonnage à double niveau a l'avantage de garantir l'absence de sélection partielle des répondants tout en réduisant le surcoût et les difficultés liés à une sélection totalement aléatoire.

3.4.3 Définition opérationnelle des variables

3.4.3.1 Les variables dépendantes:

Nous avons deux groupes de variables dépendantes: le comportement thérapeutique et l'utilisation du médicament. Le comportement thérapeutique est aussi une variable indépendante pour l'analyse de l'utilisation du médicament.

☰ Le comportement thérapeutique

Le comportement thérapeutique est constitué de deux variables qui décrivent les choix opérés par la personne malade au cours de l'épisode de maladie: (1) recours à un prestataire de soins ou abstention thérapeutique; (2) type de prestataire dont les huit modalités sont service de santé moderne public, service de santé moderne en pratique privée, praticien traditionnel, pharmacie/dépôt, vendeur du marché, vendeur ambulancier, boutique et auto-traitement. Les personnes malades ou leurs familles pouvant utiliser concomitamment ou séquentiellement plusieurs de ces ressources, nous avons pris en considération jusqu'à trois recours. Pour faciliter les analyses statistiques ces recours ont été combinés de manière à ne retenir qu'un seul par malade. La façon dont nous avons procédé pour ce faire est décrite dans la section « présentation des variables et analyses préliminaires ».

☰ L'utilisation du médicament

Elle est opérationnalisée de plusieurs manières pour pouvoir prendre en compte ses différentes composantes.

- **La quantité acquise** exprime le nombre de médicaments acquis par la personne malade au cours de l'épisode de maladie.
- **L'observance thérapeutique** désigne la consommation par la personne malade de la totalité des médicaments prescrits ou acquis au cours de l'épisode. Elle a deux modalités: oui et non.
- **Le coût des médicaments:** il désigne la somme totale d'argent déboursée par le patient et sa famille pour acquérir les médicaments utilisés lors de l'épisode de maladie. Il est exprimé en monnaie locale du pays, le franc CFA¹¹

Pour chaque médicament acquis et consommé lors de l'épisode de maladie certaines caractéristiques seront particulièrement étudiées. Il s'agit de:

- **La nature du médicament:** générique ou médicament de marque.

¹¹ Le taux d'échange varie entre 350 et 500 francs CFA pour un dollar canadien. Pour la présente étude nous avons pris un taux moyen d'un dollar pour 400 francs CFA.

- **La forme pharmaceutique** désigne l'aspect sous lequel se présente le médicament: comprimé, sirop, injection, perfusion, poudre, pommade, collyre.
- **Le type de médicament**, il comporte huit modalités qui correspondent à des classes thérapeutiques: antibiotiques, antipaludéens, antiparasitaires et antifongiques, antalgiques et antipyrétiques, gastro-intestinaux, anti-anémiques et fortifiants, psychotropes, autres substances.
- **La source des médicaments** désigne la provenance de chacun des médicaments acquis et consommés lors de la maladie. C'est une variable nominale qui comporte sept modalités (pharmacie/dépôt, centre de santé, marché, vendeur ambulant, boutique, famille et autres).

3.4.3.2 Les variables indépendantes:

Les variables indépendantes sont les services publics avec disponibilité des médicaments essentiels et système de recouvrement des coûts, le niveau de concurrence, les caractéristiques liées aux individus et aux ménages, les caractéristiques liées à la maladie et aux services de santé ainsi que les attitudes et croyances à l'égard du médicament.

▣ Variables d'intérêt:

- **Site:** Il correspond à l'endroit géographique où a lieu l'étude. Trois sites ont été retenus: le site de Koutiala (comprenant la ville de Koutiala et le village de Molobala), le site de Niono (constitué de la ville de Niono et du village de Coccody) et le site de Gao (composé uniquement de la ville de Gao).
- **Performance des services publics:** elle est appréhendée par cinq critères qui sont: (1) existence d'un système de recouvrement des coûts permettant le renouvellement des médicaments; (2) disponibilité des médicaments génériques en permanence (pas ou peu de rupture de stock); (3) personnel formé à la prescription rationnelle du médicament; (4) supervisions régulières et (5) existence de comités de gestion fonctionnels. Cette variable a trois modalités: (1) services publics performants (lorsque les cinq critères sont présents), (2) services publics de performance moyenne (lorsqu'un ou plusieurs critères sont absents) et (3) services publics déficients (lorsque aucun des critères n'est présent).
- **Marché:** C'est une variable à deux modalités: "ouvert" ou "fermé". On qualifie de marché ouvert une localité dans laquelle les échanges sont importants et où coexistent de multiples prestataires de services et vendeurs de médicaments. Dans le cas présent, les villes de Koutiala, Niono et Gao sont considérées comme des localités dont le marché est ouvert. En revanche les villages de Molobala et Coccody sont qualifié de marchés fermés.

- **Niveau de concurrence** (tous prestataires confondus), il compte deux modalités: (1) élevé (lorsqu'il s'agit d'un marché ouvert) et (2) faible (lorsqu'il s'agit d'un marché fermé).

Le Tableau ci-dessous décrit les caractéristiques des sites d'étude en fonction de la performance des services publics et le niveau de concurrence.

Tableau 6

Classification des sites d'étude selon la performance des services publics et le niveau de concurrence

	Système public performant	Système public moyen	Système public défaillant
Concurrence élevée	Niono	Gao	Koutiala
Concurrence faible	Cocody		Molobala

☰ **Caractéristiques liées aux individus et aux ménages**

Ce sont les variables sexe, âge, niveau d'instruction, position dans le ménage ainsi que le niveau de revenu mesuré par les éléments suivants: propriétaire du logement, possession de biens matériels, possession d'animaux et existence d'électricité dans le logement.

- **Le sexe:** masculin ou féminin.
- **L'âge** est mesuré en nombre d'années révolues depuis la naissance.
- **Le niveau d'instruction** est relatif au nombre d'années de scolarité. Il compte six modalités: (1) aucune instruction, (2) alphabétisé dans une des langues locales, (3) lit et écrit en français, (4) niveau primaire, (5) niveau secondaire et plus et (6) ne s'applique pas (pour les enfants qui n'ont pas l'âge d'aller à l'école).
- **La position dans le ménage:** chef de ménage, épouse, enfant ou autres personnes du ménage.
- **Le nombre de malades** définit combien de personnes ont été malades dans le ménage pendant les deux semaines précédant l'enquête. Cette variable est utilisée comme un "proxi" de la capacité de payer du ménage. Nous pensons en

effet, que plus il y a de malades, plus cela nécessite des coûts que le ménage n'est pas capable de payer.

- **Le logement:** le ménage est propriétaire du logement, locataire ou autres.
- **Possession de biens matériels:** définit les biens matériels que possède le ménage (voiture, motocyclette, vélo, téléviseur, réfrigérateur et radio).
- **Possession d'animaux:** définit le cheptel que possède le ménage (nombre de vaches, d'ânes, de moutons, de chèvres et de volailles).
- **Électricité:** le logement possède - t - il de l'électricité? Elle a deux modalités, oui ou non.

☐ **Caractéristiques liées à la maladie**

- **Les symptômes** décrivent les plaintes ressenties lors du dernier épisode de maladie. Elles ont été réduites à huit grands groupes dont la présence a été vérifiée. Ce sont: fièvre, douleur abdominale, diarrhée, toux/bronchite, maux de tête, vomissement, maladie des yeux et autres plaintes.
- **La gravité** détermine la sévérité de la maladie telle qu'exprimée par le patient. Elle possède trois modalités: grave, moyennement grave et pas grave.

- **Le maintien des activités:** il s'agit de savoir si la personne a pu pendant l'épisode de maladie, continuer ou non ses activités quotidiennes; cette variable vient compléter la précédente.

☐ **Caractéristiques liées aux services de santé**

- Ces variables recouvrent essentiellement les attitudes et opinions des personnes interrogées face au système local de recouvrement des coûts. Ce sont la connaissance du système, sa qualité, sa capacité à améliorer l'état de santé de la population, la qualité des services, la disponibilité et la qualité des médicaments, le paiement des médicaments et des consultations, l'intégrité morale du personnel et le prix des médicaments. Chaque variable a trois modalités: oui, non et ne sait pas. Pour la dernière variable les modalités sont: raisonnable, trop élevé et ne sait pas.

☐ **Pratiques, attitudes et croyances à l'égard du médicament**

Compte tenu de son rôle important dans les décisions qui affectent les recours thérapeutiques, c'est le point de vue du chef de famille qui est utilisé ici. Le groupe de variables est constitué de quatre sous-ensembles:

- Un ensemble de variables décrit les pratiques de soins habituellement en cours dans la famille lorsqu'un de ses membres est malade. Ces variables sont: les

pratiques de la famille en cas de fièvre chez un adulte, de toux et de parasitose ("gros ventre") chez un enfant. Les modalités de ces variables sont: abstention thérapeutique, auto-traitement, service de santé moderne, praticien traditionnel, vendeur informel et autres.

- Un autre ensemble décrit les opinions des personnes interrogées sur la dangerosité des médicaments modernes et sur l'existence de médicaments déconseillés pour les femmes, les femmes enceintes, celles qui allaitent, les personnes âgées et les enfants. Les modalités de réponse sont oui, non et ne sait pas.
- **La forme de médicament préférée:** comprimé/gélule, sirop, injection, perfusion, pas de préférence et autres.
- **La nature de médicament préférée.** C'est une variable avec trois modalités (1) médicaments de marque (appelés localement médicaments "avec boîtes"), (2) médicaments génériques (appelés localement médicaments "sans boîte") et (3) pas de préférence.

3.4.4 Données: origine, collecte et qualité des instruments de recueil

3.4.4.1 Origine des données

Des données primaires et secondaires provenant de plusieurs sources ont été utilisées. Les personnes qui ont fourni les informations sont les chefs de ménage ou leurs représentants (répondant principal), les malades ou une personne proche qui connaît l'histoire de la maladie, quand la personne malade n'est pas en mesure de répondre aux questions (c'est le cas des enfants par exemple). Le répondant principal peut être le même ou être distinct de la personne malade. Le tableau 7 résume les types de données recueillies et leurs sources.

Tableau 7

Types et sources des données

Type de données	Sources primaires	Sources secondaires
Système de santé public et offre de soins	Entretiens non structurés avec les médecins-chefs	Documents de projet Registre de supervision Registres de gestion des médicaments
Ménages	Questionnaire "répondant principal"	
Malades	Questionnaire "personnes malades"	

Les données recueillies sur le système de santé public et l'offre des soins (à l'aide des différents documents administratifs et des entretiens avec les médecins - chefs) ne sont pas directement utilisées lors des analyses, mais elles serviront à interpréter et à mieux comprendre les résultats. Ce sont: le coût d'utilisation des services, l'approvisionnement en médicament, la formation et la supervision, la possibilité de gestion locale, la prise en charge des indigents, la participation communautaire, l'utilisation de supports à la prescription, la disponibilité des médicaments génériques, l'obligation d'achat de cure complète, la rénovation et l'équipement des centres. Les Tableaux 5(a) et 5(b) décrivent l'état de ces données dans les trois sites.

3.4.4.2 Collecte des données

La période de collecte des données a duré neuf mois (de mars 1995 à novembre 1995). Elle a eu lieu pendant la saison sèche pour l'ensemble des sites. Les chefs de ménage ou leurs représentants ont fourni les données sur les pratiques d'acquisition et d'utilisation des médicaments modernes, sur les attitudes et opinions relatives au système de recouvrement des coûts existant et sur les caractéristiques socio-démographiques du ménage. Les données sur les actions menées lors du dernier épisode de maladie, les médicaments acquis et consommés et les caractéristiques socio-démographiques des malades ont été collectées auprès des personnes ayant présenté un épisode de maladie dans les deux semaines précédant l'enquête. Dans les ménages où il y a plus d'un malade, un seul a été retenu pour les analyses. Le choix a été fait à l'aide de la table des nombres au hasard du logiciel SPSS © 6.1.

Les informations sont recueillies par entrevues directes, l'enquêteur ayant la responsabilité de compléter le questionnaire. Les entrevues sont réalisées à l'aide de deux questionnaires structurés, un questionnaire pour les ménages et un questionnaire pour les personnes malades (Annexes 2 et 3). Le questionnaire pour les ménages comprend trois parties:

- 1 Les pratiques d'acquisition et d'utilisation du médicament moderne et les pratiques thérapeutiques. Il s'agit là de connaissances générales sur les pratiques;
- 2 Les questions portant sur les attitudes et opinions des gens relatives au système de recouvrement des coûts. Les questions relatives à cette partie ne sont posées qu'aux personnes interrogées à Niono et à Gao.
- 3 Les caractéristiques socio-démographiques du répondant et du ménage.

Le questionnaire "personnes malades" permet de documenter l'épisode de maladie. Il comprend également trois parties: (1) les caractéristiques socio-démographiques de la personne malade, (2) les actions entreprises lors du dernier épisode de maladie et (3) les médicaments acquis et consommés au cours de cet épisode. Les entrevues ont été réalisées avec l'aide de dix enquêteurs locaux et de quatre superviseurs dont nous même.

Les enquêteurs sont de jeunes diplômés (hommes et femmes), tous de niveau d'études supérieures. Ils ont reçu une formation de 12 jours au cours de laquelle: 1) l'ensemble des questions a été traduit en langue locale (qui est celle utilisée pour l'enquête); 2) quelques ajustements mineurs ont été apportés aux questionnaires et 3) l'ensemble des procédures méthodologiques requises pour l'enquête ont été finalisées. A l'issue de la formation, un guide méthodologique a été remis aux enquêteurs et à leurs superviseurs (annexe 1).

3.4.4.3 Qualité des instruments de recueil des données

Les instruments ont été testés à trois reprises avant d'être utilisés. Ils ont été pré testés pour la première fois en juin 1994 dans quelques familles dans un quartier de Bamako. Ceci nous a permis d'améliorer la formulation de certaines questions et d'éliminer d'autres qui paraissaient difficiles à comprendre. Ils ont ensuite été utilisés dans une enquête réalisée dans un quartier périurbain de Bamako en Juillet-Août 1994. Les questions étaient essentiellement des questions ouvertes, elles ont été ensuite transformées en questions fermées ou semi-fermées. Ce changement est le fruit d'un long travail de recodification réalisée à partir des réponses fournies par les répondants lors de l'enquête. Enfin les questionnaires ont fait l'objet d'un nouveau test à Koutiala en 1995 avant d'être utilisés pour l'enquête dans le premier des trois sites.

Pour développer nos questionnaires, nous nous sommes inspirés de plusieurs travaux réalisés dans les pays en développement qui ont eu recours à une collecte de données semblables (Dua et coll., 1994; Bledsoe et Goubaud, 1985; Sachs et Tomson, 1992; Haak, 1988; Van Der Geest et Hardon, 1988).

3.4.5 Analyse des données.

La première étape vise à présenter les différentes variables et en apprécier la distribution. La seconde étape vise à vérifier les différentes hypothèses formulées en s'appuyant sur des analyses statistiques bivariées (chi carré, analyse de variance) et multivariées (régressions linéaires ou logistiques selon la nature des variables dépendantes). On recourra pour ces dernières si nécessaire à l'adjonction de termes d'interaction. Le matériel d'analyse utilisé est le logiciel SPSS pour Windows, version 6.1. Le niveau de signification retenu est de $p = 0,05$. Mentionnons que certaines variables conceptuellement importantes, comme par exemple certaines caractéristiques des services de santé locaux, seront "forcées" dans les modèles, quel que soit le degré de signification associé à leurs coefficients. On procédera à l'étude de la validité et de la robustesse des modèles développés (analyse des résidus notamment).

3.5 Pertinence de l'étude

Au moment où le système de recouvrement direct des coûts avec comme élément - clé la disponibilité permanente des médicaments essentiels sous dénomination

commune internationale est en voie d'être généralisé au Mali et dans de nombreux autres pays, il est essentiel d'analyser et de comprendre les effets de tel système sur l'utilisation du médicament moderne et des services de santé publics. Ceci permettra d'adapter les politiques découlant de l'Initiative de Bamako aux réalités socio-économiques et culturelles du pays. Dans un cadre plus large, il est nécessaire au stade actuel, de vérifier si la mise en œuvre de politiques s'inspirant de l'IB n'introduit pas des effets négatifs qu'il conviendrait de corriger. La présente recherche s'inscrit dans cette double perspective.

3.6 Ethique et Confidentialité

Avant le début de l'étude, les communautés concernées ont été largement informées sur les objectifs et le contenu de l'étude. Une copie du protocole a été adressée aux autorités sanitaires nationales et locales. Au niveau local des réunions avec les responsables administratifs et communautaires ont été effectuées. La population a été informée par la voie des radios locales dans les différentes localités de l'étude. Lors des enquêtes les responsables communautaires (chefs de village ou de quartier) ont désigné des personnes ressources pour aider les enquêteurs à retrouver les ménages échantillonnés et à témoigner devant les personnes non informées de la collaboration des responsables. Les autorités nationales, régionales et locales seront informées des résultats. L'anonymat sur l'identité des répondants de même que la confidentialité sur les réponses seront maintenus. Le nom des participants n'est jamais demandé et ne figure sur aucun questionnaire.

Chapitre 4:

RÉSULTATS

Nous présenterons les résultats en deux étapes. La première porte sur la présentation des variables retenues et les analyses préliminaires. La seconde est consacrée à la présentation des analyses multivariées.

4.1 Présentation des variables et analyses préliminaires.

Cette section a pour objectif de présenter les résultats bruts et de s'appuyer sur ces résultats bruts et sur les premières analyses pour procéder à une réduction des variables initiales en vue des analyses multivariées. Pour plus de détails sur les variables d'origine, le lecteur est invité à se référer à la section "définition opérationnelle des variables" de la partie méthode et aux questionnaires des annexes 2 et 3. Notre échantillon de "malades" compte 824 personnes qui ont rapporté un épisode de maladie dans les quinze jours précédant l'enquête parmi lesquelles 303 personnes sont de Koutiala, 334 de Niono et 187 de Gao.

4.1.1 Les variables dépendantes.

Deux groupes de variables dépendantes ont été distingués: les variables liées au comportement thérapeutique lors de la maladie et celles liées à l'utilisation des médicaments.

4.1.1.1 Le comportement thérapeutique.

Les variables qui décrivent le comportement thérapeutique de la personne malade découlent de la question suivante: quand votre maladie est survenue, qu'est-ce que vous avez fait ? Nous avons trois séquences de choix possibles par malade interrogé: le choix fait en première intention, celui fait en seconde intention et enfin le choix fait en troisième intention (il est rare que lors d'un épisode de maladie on fasse plus que trois recours). Les modalités de réponses sont: abstention d'action thérapeutique, auto-traitement, service de santé moderne public, service de santé moderne privé, praticien traditionnel, pharmacie ou dépôt de médicaments, vendeurs du marché, boutiques, vendeurs ambulants et autres.

L'étude des réponses montre que les effectifs sont très faibles voir nuls pour certaines catégories telles que les vendeurs du marché, les boutiques, les vendeurs ambulants et autres. Ces quatre catégories ont donc été regroupées sous le terme de fournisseur informel. La répartition des personnes malades en fonction des choix opérés est donnée au Tableau 8.

Tableau 8

Répartition des personnes malades en fonction des choix successifs réalisés au cours de l'épisode de maladie (n = 824).

	1ère intention	2ème intention	3ème intention
Abstention d'action thérapeutique	65 (7,9%)		
Auto-traitement	369 (44,8%)	27 (3,0%)	3 (0,4%)
Pharmacies/ Dépôts	15 (1,8%)	8 (1,0%)	1 (0,1%)
Vendeurs Informels	6 (0,7%)	3 (0,4%)	1 (0,1%)
Services santé modernes publics	240 (29,1%)	67 (8,0%)	3 (0,4%)
Services santé modernes privés	79 (9,6%)	32 (4,0%)	2 (0,2%)
Praticiens Traditionnels	50 (6,1%)	48 (6,0%)	5 (0,6%)
Pas de recours subséquent		639 (77,5%)	809 (98,2%)

La majorité des personnes malades (77,5 %) a rapporté avoir pris deux décisions de soins différentes au cours de l'épisode de maladie. Vingt-deux pour cent des personnes qui se sont abstenues au début de leur maladie de toute action thérapeutique ont dans un second temps entrepris une action de soins. Elles ont

dans leur grande majorité consulté un service de santé moderne. D'une manière générale, les services de santé modernes constituent le principal recours des personnes malades, soit en première, soit en seconde intention. Enfin il est à noter que seulement 6% des personnes malades ont déclaré avoir consulté les thérapeutes traditionnels en premier recours. Le Tableau 9 et la Figure 3 décrivent les itinéraires thérapeutiques suivis par les personnes malades. Seules les deux premières intentions ont été utilisées pour construire cet itinéraire; trop peu de personnes ayant effectué une troisième démarche (15 personnes sur 824).

Tableau 9

Répartition des personnes malades en fonction de l'itinéraire thérapeutique suivi (n = 824)

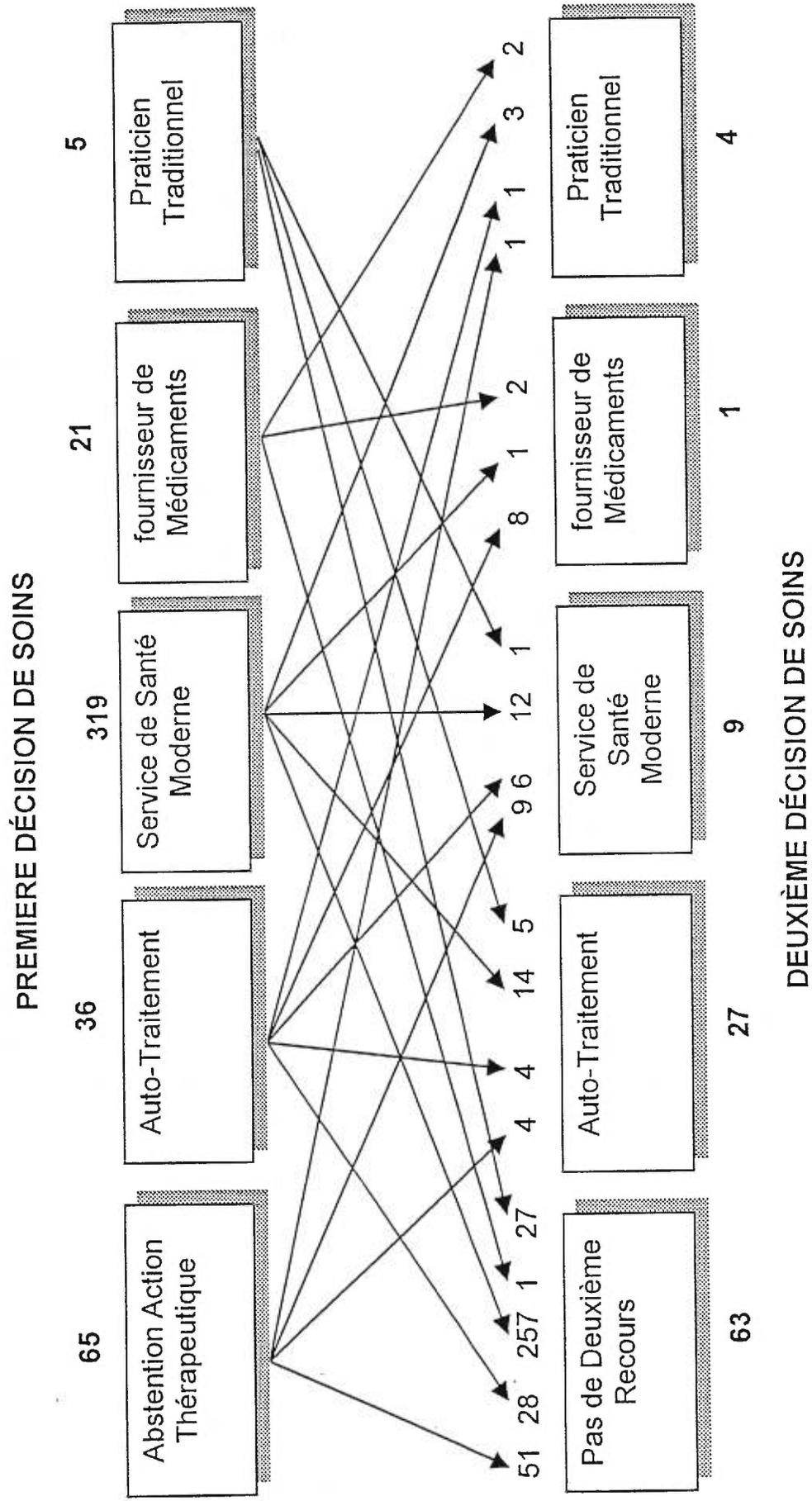
Premier recours		Deuxième recours	
		Effectif	Pourcentage
AAT = 65 8%	Pas de recours	51	78%
	Recours thérapeutique	14	22%
	. AT	4	29%
	. SSM	9	64%
AT = 390 47%	Pas de recours	304	78%
	Recours thérapeutique	86	22%
	. AT	14	16%
	. SSM	60	70%
SSM = 319 39%	Pas de recours	257	81%
	Recours thérapeutique	62	19%
	. AT	14	23%
	. SSM	12	20%
P T = 50 6%	Pas de recours	27	54%
	Recours thérapeutique	23	46%
	. AT	5	22%
	. SSM	18	78%
	. PT	0	0%

*AAT = Abstention de toute action thérapeutique
*SSM = Services de santé modernes

* AT = Auto-traitement
* PT = Praticien traditionnel

Figure 3

Itinéraires thérapeutiques des personnes malades (n = 824)



Pour répondre aux principales hypothèses de recherche, trois variables ont été constituées à partir des itinéraires thérapeutiques: "recours général", "recours à un prestataire de soins" et "utilisation de services de santé modernes publics".

4.1.1.1.1 Recours général

Cette variable décrit les grands choix thérapeutiques opérés par la personne malade ou les membres de sa famille lors de la maladie. La complexité des recours thérapeutiques au cours d'un épisode de maladie rend parfois difficile l'interprétation des données. Pour remédier à ce problème, nous avons procédé à une réduction de l'information visant à simplifier les itinéraires thérapeutiques observés. Cinq modalités mutuellement exclusives ont été dégagées:

- (1) abstention thérapeutique, si la personne s'est abstenue de recourir à une quelconque forme de soins au cours de l'épisode de maladie;
- (2) auto-traitement ou fournisseurs de médicaments, si à un moment ou à un autre de l'épisode de maladie, la personne a consommé de son propre chef des médicaments modernes ou s'est adressée à une pharmacie ou à un vendeur informel, mais n'a pas utilisé les services d'un praticien moderne ou traditionnel;

- (3) utilisation des services de praticiens traditionnels, si la personne, à un moment ou à un autre de l'épisode de maladie, a eu recours aux services d'un praticien traditionnel sans toutefois avoir utilisé les services de praticiens modernes

- (4) utilisation de services de santé modernes privés, si la personne à un moment ou à un autre de l'épisode de maladie, a utilisé les services de santé modernes privés mais n'a pas eu recours à un service de santé public;

- (5) utilisation de services de santé modernes publics, si la personne a eu recours aux services de santé publics.

Le Tableau 10 ci-après et la Figure 4 montrent la répartition des personnes malades en fonction des modalités de la variable "recours général" et du site.

Tableau 10

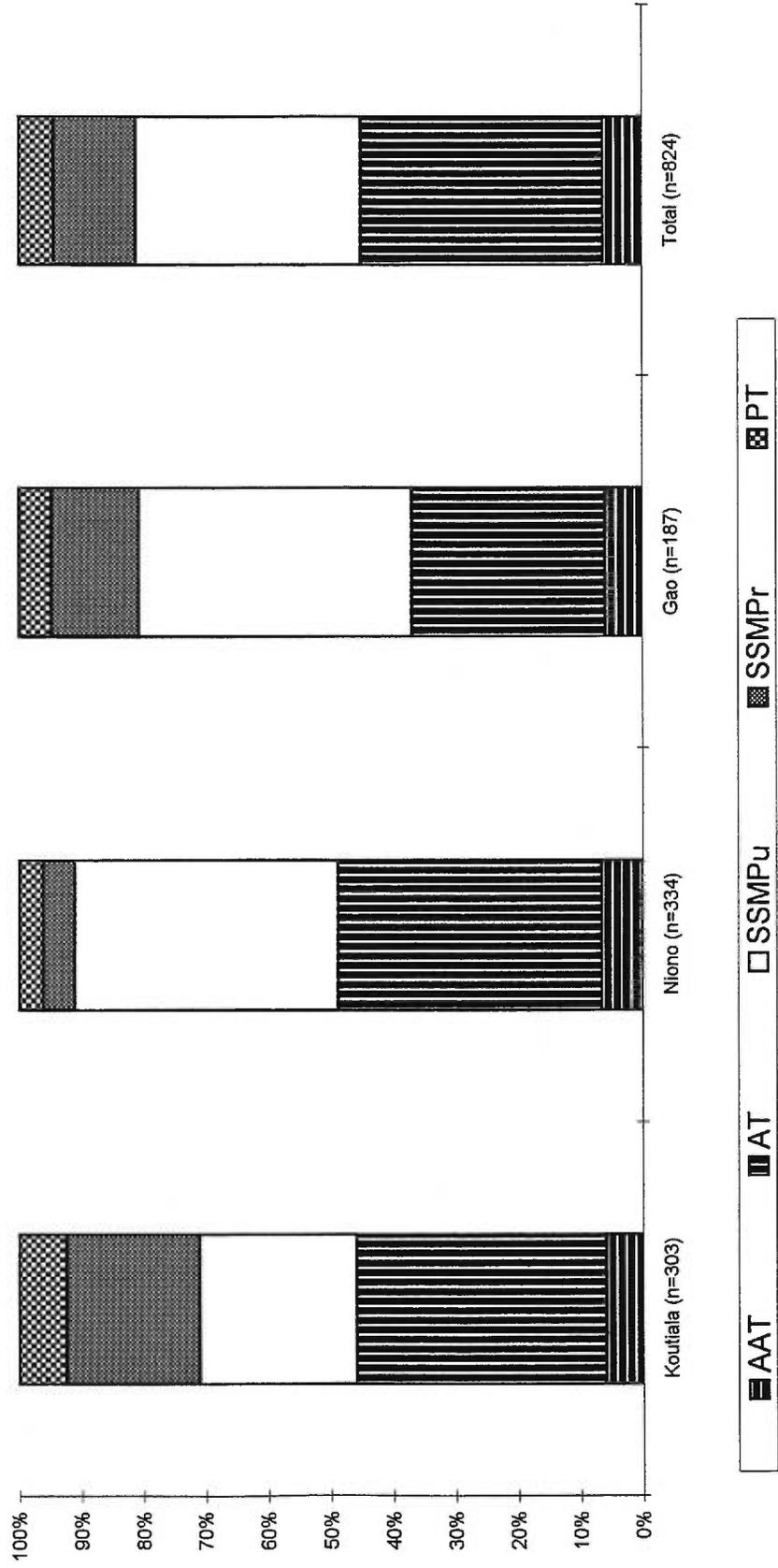
Répartition des personnes malades en fonction du recours thérapeutique et du site (n = 824).

Recours thérapeutiques	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Abstention d'action thérapeutique	18 (5,9%)	22 (6,6%)	11 (5,9%)	51 (6,2%)
Auto-traitement ou Vendeur	121 (39,9%)	141 (42,2%)	58 (31,0%)	320 (38,8%)
Praticien Traditionnel	23 (7,6%)	13 (3,9%)	10 (5,3%)	46 (5,6%)
Services de santé modernes privés	65 (21,5%)	17 (5,1%)	26 (13,9%)	108 (13,1%)
Services de santé modernes publics	76 (25,1%)	141 (42,2%)	82 (43,9%)	299 (36,3%)
Total	303 (100%)	334 (100%)	187 (100%)	824 (100%)

Chi2 = 57,3

p = 0,00

Fig 4
 Distribution des recours thérapeutiques
 (variable recours général)



L'abstention thérapeutique est semblable dans les trois sites et affecte peu de personnes (6,2%). En revanche l'auto-traitement est très fréquent; plus d'une personne sur trois s'est traitée seule, sans faire appel aux services d'un prestataire de soins. Il est plus important à Niono et à Koutiala (respectivement 42,2% et 39,9%) comparativement à Gao (31%). Le recours aux services de praticiens traditionnels est d'une manière générale faible dans les trois sites (5,6 %). Il est cependant plus marqué à Koutiala qu'à Niono ($\chi^2 = 4.1$; $p = 0,04$). Rappelons ici qu'il est habituel d'observer une faible déclaration de l'utilisation des thérapeutes traditionnels dans les enquêtes de ce type (Fassin et Broussel, 1991; Kroeger, 1983) et il y a fort à penser que l'utilisation réelle de ce type de prestataire de soins est supérieure à celle rapportée par les répondants de l'enquête.

L'utilisation des services de santé modernes en pratique privée est également plus élevée à Koutiala comparativement à Niono ($\chi^2 = 38$; $p = 0,00$) et à Gao ($\chi^2 = 4$; $p = 0,04$). En moyenne 13,1% des personnes malades ont déclaré recourir aux services de santé modernes en pratique privée. Elles sont en revanche, 36,3% à avoir recours aux services de santé modernes publiques. Là aussi, il existe des différences significatives entre les divers sites. Koutiala où, rappelons le, les services de santé publics n'ont pas été revitalisés est le site où ils sont les moins utilisés comparativement à Niono ($\chi^2 = 21$; $p = 0,00$) et à Gao ($\chi^2 = 19$; $p = 0,00$). La comparaison entre Niono et Gao montre une absence de différence entre les deux sites ($\chi^2 = 0,13$; $p = 0,7$).

Tenant compte de nos hypothèses de recherche et de notre volonté de pouvoir explorer spécifiquement l'utilisation des formations sanitaires publiques, la variable "recours général" est à son tour, utilisée pour la construction de deux nouvelles variables dépendantes: (1) "recours à un prestataire de soins" (moderne ou traditionnel) et (2) "utilisation de services de santé modernes publics".

4.1.1.1.2 Recours à un prestataire de soins

Cette variable permet de distinguer les personnes malades ayant eu recours à un prestataire de soins (service de santé moderne public, service de santé moderne en pratique privée et thérapeute traditionnel) de celles qui n'ont pas eu recours à un prestataire de soins (abstention thérapeutique et auto-traitement). Près de la moitié des personnes malades n'ont eu recours à aucun prestataire de soins (Tableau 11). A Gao, les personnes malades ont plus recours à un prestataire de soins qu'à Niono ($\chi^2 = 6,9$; $p = 0,01$) et qu'à Koutiala ($\chi^2 = 3,8$; $p = 0,05$).

Tableau 11

Répartition des personnes malades selon le recours à un prestataire de soins et le site (n = 824).

Recours à un prestataire de soins	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Non	139 (45,9%)	163 (48,8%)	69 (36,9%)	371 (45%)
Oui	164 (54,1%)	171 (51,2%)	118 (63,1%)	453 (55%)
Total	303	334	187	824

Chi2 = 7 p = 0,03

4.1.1.1.3 Utilisation de services de santé modernes publics

Cette variable distingue les personnes ayant eu recours aux services de santé modernes publics de celles ayant utilisé des services de santé modernes en pratique privée. La moitié des personnes ayant présenté un épisode de maladie au cours de deux semaines précédant l'enquête ont eu recours à un service de santé moderne. Parmi ces personnes, près de trois sur quatre ont utilisé les services de santé publics (Tableau 12). A Niono, près de 90 % des personnes qui ont utilisé des services de santé modernes au cours de l'épisode de maladie ont eu recours aux services de santé publics.

Tableau 12

Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation des services de santé modernes et le site (n = 407).

Utilisation de service de santé modernes	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Services de santé modernes publics	76 (53,9%)	141 (89,2%)	82 (75,9%)	299 (73,5%)
Services de santé modernes en pratique privée	65 (46,1%)	17 (10,8%)	26 (24,1%)	108 (26,5%)
Total	141 (34,6%)	158 (38,8%)	108 (26,5%)	407 (100%)

Chi2 = 48,2 p = 0,00

4.1.1.2 Les variables liées à l'utilisation des médicaments.

Là aussi, le matériel brut est réorganisé pour mieux répondre aux hypothèses de recherche. Sept variables ont été retenues pour décrire le phénomène de l'utilisation de médicaments modernes. Il s'agit des variables suivantes: utilisation de médicaments modernes, d'antibiotiques, d'injections, de génériques et de médicaments de marque, nombre de médicaments acquis et consommés, source et coût des médicaments acquis.

4.1.1.2.1 Utilisation des médicaments modernes.

Plus de 80% des répondants déclarent avoir utilisé des médicaments modernes au cours de leur maladie. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sites ($\chi^2 = 3$; $p = 0,22$).

Tableau 13

Répartition des malades en fonction de l'utilisation des médicaments modernes au cours de l'épisode (n = 824)

Utilisation du médicament moderne	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Non	49 (16%)	64 (19%)	42 (22%)	155 (19%)
Oui	254 (84%)	270 (81%)	145 (78%)	669 (81%)
Total	303 (100%)	334 (100%)	187 (100%)	824 (100%)

$\chi^2 = 3,04$ $p = 0,22$

Les analyses suivantes sur les médicaments acquis et consommés s'appuieront sur un sous-ensemble constitué des répondants ayant consommé des médicaments modernes au cours de l'épisode.

4.1.1.2.2 Utilisation d'antibiotiques.

La variable originelle "Type de médicament" a été recodée dans le but de répondre aux hypothèses de recherche. La nouvelle variable compte deux modalités, les personnes qui ont utilisé au moins un antibiotique au cours de l'épisode de maladie et celles qui n'en ont pas utilisé. Parmi les personnes malades ayant utilisé des médicaments modernes, 24% ont consommé au moins un antibiotique (Tableau 14). Niono est le site où on en a le moins utilisé (19%) et Koutiala est celui où on en a le plus utilisé (28%). La différence entre les deux sites est statistiquement significative ($p = 0,05$). La consommation d'antibiotiques chez les personnes ayant eu recours à un prestataire de soins en pratique privée est plus importante à Koutiala (43%) que dans les deux autres sites ($p = 0,01$). Elle est en revanche comparable dans les trois sites chez les personnes ayant consulté dans un service public ($p = 0,64$). Un nombre non négligeable de répondants a consommé des antibiotiques sans avoir consulté un prestataire de services de santé modernes (18%).

Tableau 14

Répartition des personnes malades en fonction de l'utilisation d'antibiotiques au cours de l'épisode (n = 669)

Utilisation d'antibiotiques	Site			Total	Chi2	P-Value
	Koutiala	Niono	Gao			
Nombre et proportion de répondants ayant utilisé des antibiotiques	70 (28%)	51 (19%)	37 (26%)	158 (24%)	5,8	0,05
Dont:						
Ont consulté un SSMP _r	30 (43%)	2 (4%)	6 (16%)	38 (24%)	10,0	0,00
Ont consulté un SSMP _u	26 (37%)	40 (78%)	26 (70%)	92 (58%)		
N'ont pas consulté de SSM	14 (20%)	9 (18%)	5 (14%)	28 (18%)		

4.1.1.2.3 Utilisation de produits injectables.

Compte tenu de nos hypothèses de recherche et de l'intérêt que revêt la consommation des produits injectables en Afrique, la variable originelle "Forme pharmaceutique" a été recodée. Elle distingue les personnes malades selon qu'elles ont, ou non, reçu au moins une injection au cours de la maladie. Vingt pour

cent des personnes malades ayant consommé des médicaments modernes au cours de leur épisode de maladie ont reçu au moins une injection (Tableau 15). Cette proportion est de 26% à Gao, 23% à Niono et 12% à Koutiala. Très peu de personnes ont consommé une injection sans consulter un service de santé moderne. Plus des trois-quarts des personnes ayant reçu une injection ont consulté dans une formation sanitaire publique.

Tableau 15

Répartition des malades en fonction de l'utilisation de produits injectables au cours de la maladie (n = 669)

Utilisation d'injections	Site			Total	Chi2	P-Value
	Koutiala	Niono	Gao			
Nombre et proportion de répondants ayant reçu des injections	31 (12%)	62 (23%)	38 (26%)	131 (20%)	14,8	0,00
Dont:						
Ont consulté un SSMPr	9 (29%)	9 (15%)	5 (13%)	23 (18%)	4,3	0,04
Ont consulté un SSMPu	19 (61%)	51 (82%)	31 (82%)	101 (77%)		
N'ont pas consulté de SSM	3 (10%)	2 (3%)	2 (5%)	7 (5%)		

4.1.1.2.4 Utilisation de génériques et de médicaments de marque.

Une variable à trois catégories a été créée selon que le nombre de médicaments acquis comporte: (1) plus de médicaments de marque que de génériques; (2) plus de génériques que de médicaments de marque; et (3) un nombre équivalent de génériques et de médicaments de marque. Les médicaments de marque semblent être les plus utilisés. Quarante pour cent des répondants ont acquis et consommé plus de médicaments de marque que de médicaments génériques; 32% ont consommé plus de génériques que de médicaments de marque et 28% ont consommé autant de génériques que de médicaments de marque (Tableau 16). C'est à Koutiala qu'on a utilisé le plus de médicaments de marque et à Gao, le plus de médicaments génériques. A Niono, on consomme autant les médicaments de marque que les génériques.

Les personnes ayant consulté dans les services de santé modernes publics ont plus consommé de génériques que celles ayant consulté dans les services de santé modernes en pratique privée.

Tableau 16

Répartition des personnes malades en fonction de la nature des médicaments utilisés (n = 669)

Utilisation		Site			Total	Chi2	p-value
		Koutiala	Niono	Gao			
Utilisation génériques et médic.de marque	médic. de marque> génériques	117 (46 %)	92 (34 %)	61 (42 %)	270 (40 %)	19,4	0,00
	génériques > médic. de marque	59 (23 %)	98 (36 %)	56 (39 %)	213 (32 %)		
	génériques = médic. de marque	78 (31 %)	80 (30 %)	28 (19 %)	186 (28 %)		
A utilisé un SSMPr	médic. de marque> génériques	37 (59%)	10 (59%)	12 (46%)	59 (56%)	2,2	0,70
	génériques > médic. de marque	11 (17%)	2 (12%)	7 (27%)	20 (19%)		
	génériques = médic. de marque	15 (24%)	5 (29%)	7 (27%)	27 (25%)		
A utilisé un SSMPu	médic. de marque> génériques	34 (45%)	48 (34%)	43 (54%)	125 (43%)	12,1	0,02
	génériques > médic. de marque	17 (23%)	54 (39%)	20 (25%)	91 (31%)		
	génériques = médic. de marque	24 (32%)	37 (27%)	16 (20%)	77 (26%)		

4.1.1.2.5 Médicaments acquis pendant la maladie.

Le nombre moyen de médicaments acquis est de 1,9 et la médiane est égale à 2. Quarante-cinq pour cent des personnes malades ayant consommé des médicaments modernes durant leur maladie ont acquis un seul médicament; trente-trois pour cent en ont acquis deux, 12,7% en ont acquis trois et 8,7% en ont acquis quatre ou plus (Tableau 17). Le nombre de médicaments acquis varie selon le site ($\chi^2 = 15,5$; $p = 0,02$). Il est plus faible à Niono (la moitié des personnes malades ayant consommé des médicaments modernes n'a acquis qu'un seul médicament). A Gao, 14,5% des malades ayant consommé des médicaments modernes ont acquis quatre médicaments ou plus.

Au total, 55% des personnes ayant acquis et consommé des médicaments modernes, ont acquis plus d'un médicament. Cette proportion est de 50% à Niono, 57% à Koutiala et 60% à Gao.

Tableau 17

Répartition des personnes malades en fonction du nombre de médicaments acquis et consommés (n = 669)

Médicaments acquis et consommés	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Un médicament	110 (43,3%)	135 (50%)	58 (40%)	303 (45,3%)
Deux médicaments	89 (35,%)	92 (34,1%)	42 (29%)	223 (33,3%)
Trois médicaments	32 (12,6%)	29 (10,7%)	24 (16,6%)	85 (12,7%)
Quatre médicaments et plus	23 (9,1%)	14 (5,2%)	21 (14,5%)	58 (8,7%)
Chi2 = 15,5			p = 0,02	

4.1.1.2.6 Observance du traitement

Elle n'a été mesurée que pour les personnes ayant complètement achevé leur traitement, soit 417 des 669 répondants ayant consommé des médicaments modernes (62,3%). Six pour cent seulement des personnes sont allées au bout de leur traitement. Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans l'observance rapportée entre les sites (Tableau 18).

Tableau 18

Répartition des personnes malades en fonction de l'observance du traitement
(n = 417)

Est allé au bout de son traitement	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Non	140 (95%)	157 (92%)	97 (97%)	394 (94%)
Oui	7 (5%)	13 (8%)	3 (3%)	23 (6%)
Total	147 (35%)	170 (41%)	100 (24%)	417 (100%)

Chi2 = 4,96 p = 0,29

4.1.1.2.7 Source des médicaments

Pour des raisons pratiques, les modalités "marché", "vendeurs informels" et "boutique" ont été regroupées sous le terme de "vendeurs informels". La variable "source des médicaments" est donc une variable nominale à quatre modalités: pharmacie / dépôt, centre de santé, vendeurs informels et famille (Tableau 19). La principale source d'acquisition des médicaments modernes est la famille. Un peu plus des deux tiers des personnes malades ont acquis au cours de l'épisode de maladie au moins un médicament provenant de la famille; la moitié a acquis au moins un médicament provenant des pharmacies et dépôts privés et 23,8% ont acquis au moins un médicament dans le secteur informel. Moins du quart des personnes malades a acquis un médicament provenant des formations sanitaires publiques (21,5%). Il y a plus de patients ayant acquis leurs médicaments dans

des pharmacies et dépôts privés à Koutiala ($\chi^2 = 41,6$; $p = 0,00$) et à Gao ($\chi^2 = 18,3$; $p = 0,00$), qu'à Niono; en revanche plus de malades ont acquis leurs médicaments dans les formations sanitaires publiques à Niono qu'à Gao ($\chi^2 = 10,6$; $p = 0,00$) et à Koutiala ($\chi^2 = 42,5$; $p = 0,00$).

Tableau 19

Répartition des malades selon la sources des médicaments acquis au cours de l'épisode de maladie (n = 669)

Sources des médicaments*	Sites			Total	Chi2	p-value
	Koutiala	Niono	Gao			
Pharmacie/ Dépôt	160 (63%)	94 (34,8%)	82 (56,6%)	336 (50,2%)	44,5	0,00
Centre de santé	26 (10,2%)	91 (33,7%)	27 (18,6%)	144 (21,5%)	43,6	0,00
Informels	58 (22,8%)	70 (25,9%)	31 (21,4%)	159 (23,8%)	1,3	0,53
Famille/autres	177 (69,7%)	174 (64,4%)	105 (72,4%)	456 (68,2%)	3,2	0,20

* Plusieurs sources étant possibles, le total est supérieur à celui des répondants.

4.1.1.2.8 Le coût d'acquisition du médicament

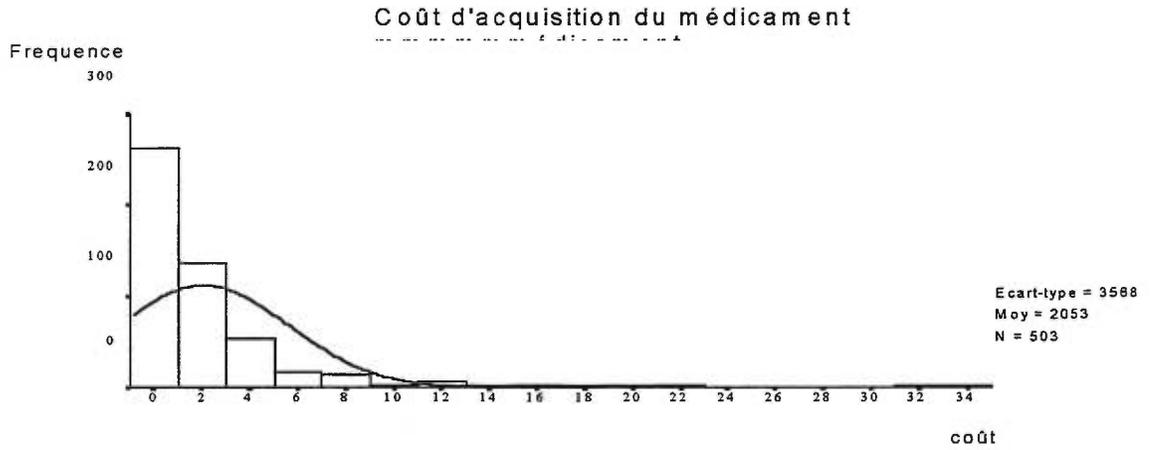
Il représente la somme totale d'argent dépensée par le patient ou sa famille pour acquérir les médicaments lors de l'épisode de maladie. Parmi les personnes ayant acquis des médicaments modernes, 503 les ont acquis par achat direct. Celles qui les ont acquis de leur stock personnel ou des parents ont été éliminées. C'est une variable numérique qui varie de 10 FCFA à 34 730 FCFA. Le coût moyen est de 2053 FCFA, et l'écart type de 3 568 FCFA. La médiane est de 900 FCFA et le mode de 100 FCFA. Le coût moyen d'acquisition du médicament est de 2 297 FCFA dans les services de santé en pratique privée et de 3 217 FCFA dans les formations sanitaires publiques (Tableau 20).

Tableau 20
Coût d'acquisition des médicaments selon le site et le type de service moderne utilisé

		Site			Total
		Koutiala	Niono	Gao	
Ensemble(n = 503)	Coût moyen	2 155	1 450	2 845	2 053
	Écart-type	3 781	2 155	4 692	3 568
	Médiane	1 000	750	1 250	900
	Minimum	20	10	25	10
	Maximum	31 000	15 000	34 730	34 730
SSMPr (n = 82)	Coût moyen	2 446	1 815	2 088	2 297
	Écart-type	2 075	1 283	2 921	2 239
	Médiane	1 733	1 300	765	1 580
SSMPu (n = 239)	Coût moyen	3 852	2 178	4 280	3 217
	Écart-type	5 800	2 540	5 549	4 610
	Médiane	2 180	1 300	2 210	1 750

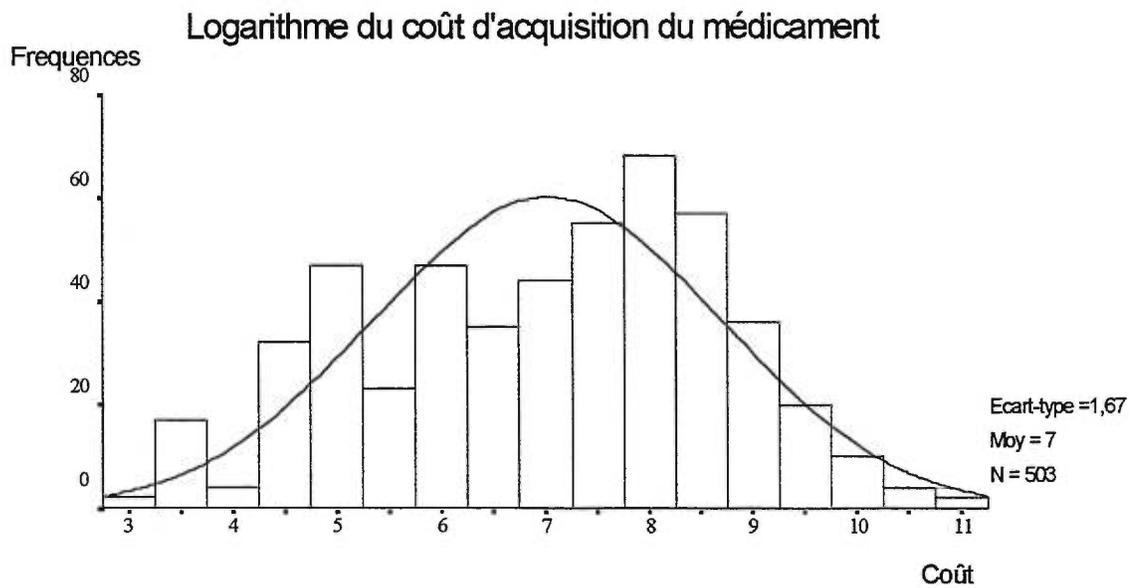
La distribution est asymétrique et s'écarte de manière sensible de la loi normale.

Figure 5



Aussi a-t-il été décidé d'utiliser dans les analyses subséquentes une nouvelle variable correspondant au logarithme du coût (Log coût) et dont la distribution est plus proche de celle de la loi normale.

Figure 6



4.1.2 Les variables indépendantes

Conformément au modèle théorique (figure 2), les variables indépendantes sont classées en six grands groupes. Le premier comprend les variables d'intérêt (le site et le marché), le second les variables socio-démographiques (sexe, position de la personne malade dans le ménage, âge, niveau d'instruction, statut socio-économique et le nombre de personnes malades dans le ménage). Le troisième comprend les variables liées à la maladie telles que les symptômes ressentis (fièvre, douleur abdominale, diarrhée, toux/bronchite, céphalée et vomissement), la gravité de la maladie et le maintien des activités quotidiennes. Le quatrième est composé des pratiques de soins habituelles de la famille en cas de maladie. Le cinquième est constitué par les opinions sur le système de recouvrement des coûts existant (opinions sur le système en soi, sur le paiement de la consultation et des médicaments par les personnes malades qui fréquentent le centre de santé, sur les prix des médicaments rétrocédés au centre de santé et sur l'intégrité morale des agents travaillant au centre de santé). Enfin le dernier réfère aux attitudes et aux opinions vis-à-vis des médicaments (type et nature de médicaments préférés, opinion sur la dangerosité des médicaments).

4.1.2.1 Les variables d'intérêt

4.1.2.1.1 Site: rappelons que trois sites ont été retenus: le site de Koutiala (ville de Koutiala et village de Molobala), le site de Niono (ville de Niono et village de Coccody) et le site de Gao (composé uniquement de la ville de Gao)¹².

4.1.2.1.2 Marché

Dans chaque site, nous avons un marché ouvert et un marché fermé sauf à Gao où le système n'est fonctionnel dans aucun des villages de la région et où l'on ne dispose donc, que d'un site ouvert . La répartition (selon le site et le marché) des personnes ayant présenté un épisode de maladie dans les quinze jours ayant précédé l'enquête, est présenté au Tableau 21.

¹² Pour plus d'informations sur les variables site et marché, se référer à la section "contexte de l'étude".

Tableau 21

Répartition des personnes interrogées en fonction du site
et du marché (n = 824).

Marché	Sites			Total
	Koutiala - site	Niono - site	Gao - site	
Ouvert	254 (84 %)	276 (83 %)	187 (100 %)	717 (87 %)
Fermé	49 (16 %)	58 (17 %)	-	107 (13 %)
Total	303 (37 %)	334 (40 %)	187 (23 %)	824 (100 %)

4.1.2.2 Les variables socio-démographiques

4.1.2.2.1 Sexe

Quarante-huit pour cent des personnes ayant présenté un épisode de maladie dans les quinze jours précédant l'enquête sont des hommes et 52% sont des femmes (Tableau 22).

4.1.2.2.2 Âge

Cette variable a été catégorisée en deux classes à savoir: 5 ans et moins et plus de 5 ans. Les enfants âgés de cinq ans ou moins représentent 34 % des personnes ayant présenté un épisode de maladie dans les deux semaines précédant l'enquête (Tableau 22).

Tableau 22

Répartition des malades en fonction du sexe, de l'âge et du site (n = 824).

caractéristiques		Site			Total	Chi2	p-value
		Koutiala	Niono	Gao			
Sexe	Homme	143 (47 %)	163 (49 %)	90 (48 %)	396 (48 %)	0,2	0,93
	Femme	159 (53 %)	171 (51 %)	97 (52 %)	427 (52 %)		
Âge	1. 5 ans et moins	102 (34 %)	122 (37 %)	50 (28 %)	274 (34 %)	3,8	0,15
	2. 6 - 50 ans	184 (61 %)	175 (52 %)	103 (58 %)	462 (57 %)		
	3. plus de 50 ans	17 (5 %)	36 (11 %)	25 (14 %)	78 (9 %)		
	4. Sous-total 2 et 3 (plus de 5 ans)	201 (66 %)	211 (63 %)	128 (72 %)	540 (66 %)		

4.1.2.2.3 Niveau d'instruction

Six modalités sont définies pour le niveau d'instruction: aucune instruction, alphabétisé, lit et écrit, niveau primaire, niveau secondaire et plus, et ne s'applique pas (enfants n'ayant pas atteint l'âge scolaire). Les effectifs sont réduits dans toutes les classes à l'exception de deux (aucune instruction et niveau primaire). Nous avons procédé à un regroupement des modalités pour n'en retenir finalement

que trois (aucune instruction, instruit et ne s'applique pas) (Tableau 23). Les personnes non instruites représentent 29%, celles qui sont instruites, 35%.

Tableau 23

Répartition des malades selon le niveau d'instruction (n = 824)

Niveau d'instruction	Sites			
	Koutiala	Niono	Gao	Total
1 Aucune instruction	80 (26 %)	102 (31 %)	59 (32 %)	241 (29 %)
2 Primaire	103 (34 %)	83 (25 %)	48 (26 %)	234 (28 %)
3 Secondaire et plus	8 (3 %)	21 (6 %)	22 (12 %)	51 (6 %)
4 Sous-total 2, 3: Instruits	111 (37 %)	104 (31 %)	70 (37 %)	285 (35 %)
5 Ne s'applique pas: enfants	112 (37 %)	127 (38 %)	58 (31 %)	297 (36 %)
Total	303 (100%)	333 (100 %)	187 (100 %)	823 (100 %)

Chi2 = 5,07 p = 0,28

4.1.2.2.4 Position de la personne malade dans le ménage

Elle comporte quatre modalités: chef de ménage, épouse, enfants ou autres personnes du ménage. Cette variable a été recodée en regroupant trois modalités (épouse, enfant et autres) afin de distinguer le chef de ménage des autres personnes. Les chefs de ménages représentent 15% de l'ensemble des personnes malades (Tableau 24).

Tableau 24

Répartition des malades selon la position dans le ménage (n =824)

Position dans le ménage	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
1 Chef de ménage	34 (11 %)	52 (16 %)	35 (19 %)	121 (15 %)
2 Épouse	52 (17 %)	55 (17 %)	32 (17 %)	139 (17 %)
3 Enfant	178 (59 %)	174 (52 %)	67 (36 %)	419 (51 %)
4 Autres	39 (13 %)	53 (16 %)	53 (28 %)	145 (18 %)
Sous-total (2, 3 et 4):				
5 Autre personne du ménage	269 (89 %)	282 (84 %)	152 (81 %)	703 (85 %)
Total	303 (100 %)	334 (100 %)	187 (100 %)	824 (100 %)

Chi2 = 5,54 p = 0,06

4.1.2.2.5 Statut socio-économique.

Nous avons, à partir des "biens matériels" et du cheptel que possède le ménage, créé un index de statut socio-économique. Il vise à mesurer le statut socio-économique du ménage et non de la personne malade car dans les milieux concernés par l'étude, plus que le statut économique et social de la personne malade, c'est celui du groupe de référence qui importe (du fait de la solidarité familiale qui s'exerce pour faire face aux décisions importantes en terme de santé). Le processus qui a abouti à la création de cet index est long et complexe, aussi n'allons-nous en décrire ici que les grandes étapes.

Au départ, douze items ont été considérés: le ménage est propriétaire ou non du logement dans lequel il habite, il possède une voiture, une moto, un vélo, un téléviseur, un réfrigérateur, une radio; le nombre de vaches, de moutons ou de chèvres, de volailles et d'ânes qu'il possède et la présence d'électricité dans le logement.

Une analyse factorielle a été réalisée avec ces douze items. Une analyse en composante principale (APC) suggère après rotation de type oblimin, l'existence de trois facteurs principaux; leurs valeurs propres sont supérieures à 1 et la variance totale expliquée par ces facteurs est de 50% (Tableau 25).

Tableau 25

Statut socio-économique: Analyse factorielle, coefficients et communautés (h_i^2);
Analyse en composante principale - Extraction à 3 facteurs après rotation oblimin
(n = 824)

Items	Facteurs			h_i^2
	I	II	III	
Voiture	0,73	0,11	-0,10	0,53
Téléviseur	0,76	-0,02	0,01	0,58
Réfrigérateur	0,74	-0,06	0,09	0,58
Électricité	0,76	-0,01	0,09	0,61
Cyclomoteur	0,21	0,00	0,59	0,45
Vaches	-0,05	0,72	0,13	0,58
Anes	-0,05	0,75	0,06	0,59
Propriétaire du logement	0,07	0,67	-0,24	0,43
Vélo	0,12	0,53	0,13	0,36
Radio	0,02	0,12	0,78	0,58
Mouton/chèvre	0,03	0,18	0,50	0,34
Volailles	-0,11	0,33	0,35	0,29
Valeur propre du facteur	2,97	1,90	1,02	
Pourcentage de variance expliquée par le facteur avant rotation	25%	16%	9%	

Le premier facteur est principalement constitué des items: voiture, téléviseur, réfrigérateur et électricité. Il est homogène et bien défini, ce qui légitime la construction d'un index multiple à partir de ces items. Cet index pouvant être interprété comme les possessions de "biens" modernes, nous y avons adjoint l'item cyclomoteur. Un score dit de possession de biens modernes est construit par sommation non pondérée des valeurs des cinq items. Les corrélations inter items sont acceptables (Tableau 26). Le coefficient alpha de Cronbach est égal à 0,73.

Il convient de noter ici que certains déconseillent l'utilisation d'analyses factorielles qui s'appuient sur des coefficients de corrélation de Pearson sur des données dichotomiques. Toutefois, comme le souligne Muthèn (1989), sous certaines conditions que remplissent nos données (tous les items sont positivement corrélés, l'asymétrie dans la distribution des items est comparable d'un item à l'autre, le nombre de sujets est élevé par rapport au nombre d'items), ces analyses ne causent pas de distorsions majeures au niveau des espaces factoriels observés. Nous avons donc considéré qu'il était acceptable de recourir à cette technique d'autant que ces analyses factorielles sont réalisées à titre indicatif sur des variables qui ne sont pas des variables dépendantes.

Tableau 26

Matrice de corrélation des items du score de possession de biens modernes.

	Voiture	Téléviseur	Réfrigérateur	Électricité	Mobylette
Voiture	1				
Téléviseur	0,43	1			
Réfrigérateur	0,43	0,38	1		
Électricité	0,35	0,51	0,51	1	
cyclomoteur	0,19	0,24	0,24	0,27	1

Près de la moitié des répondants ne possède aucun bien moderne; environ une personne sur trois en possède un; 9% en possèdent deux; 8% en possèdent trois; 5% en possèdent quatre et seulement 2% en possèdent cinq. Le site de Gao est celui où la proportion de personnes ne possédant aucun bien moderne est la plus élevée (65,6%). Il est également celui où la proportion de personnes possédant cinq biens modernes est la plus faible (Tableau 27).

Tableau 27

Répartition des malades en fonction des biens modernes et du site (n = 822).

Possession de biens modernes	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
aucun bien moderne	132 (43,6%)	131 (39,3%)	122 (65,6%)	385 (46,8%)
un type de bien moderne	107 (35,3%)	110 (33%)	30 (16,1%)	247 (30%)
deux biens modernes	24 (7,9%)	39 (11,7%)	10 (5,4%)	73 (8,9%)
trois biens modernes	22 (7,3%)	28 (8,4%)	15 (8,1%)	65 (7,9%)
quatre biens modernes	10 (3,3%)	19 (5,7%)	8 (4,3%)	37 (4,5%)
cinq biens modernes	8 (2,6%)	6 (1,8%)	1 (0,5%)	15 (1,8%)
<i>Total</i>	303	333	186	822

Chi2 = 46 p = 0,00

Les items constitutifs des deux autres facteurs sont faiblement corrélés. Aucun index conceptuellement satisfaisant ne semble réalisable (les "alpha de Chronbach" sont respectivement de 0,44 et 0,39). Les items constitutifs de ces deux facteurs ont donc été analysés séparément. L'item "nombre de volaille par ménage" a été éliminé à cause de sa faible communalité ($hi^2 = 0,29$). Sur la base

des analyses empiriques (distribution des fréquences) et des connaissances que nous avons du terrain, d'autres items ont également été éliminés. C'est le cas de l'item "propriétaire du logement", qui ne signifie pas grand-chose dans les sites fermés (villages) où tout le monde ou presque, est propriétaire du logement et de l'item "possession de vélo" qui n'a pas beaucoup de sens dans des régions comme Gao.

En ce qui concerne le cheptel, les analyses bi-variées montrent que seule la possession ou non de bovins discrimine le statut socio-économique. La possession de bovins a donc été retenue. La possession de radio a également été retenue. Dans le contexte local, il est raisonnable de penser que ne pas posséder de radio est vraiment un signe de pauvreté. L'item "radio" peut être interprété comme l'item discriminant de la grande pauvreté.

Une personne sur trois possède au moins un bovin alors qu'elles sont 81% à posséder un poste radio (Tableau 28). Le site de Gao est là aussi, celui où la proportion de personnes possédant au moins un bovin est la plus faible (10% des répondants). Il convient de souligner que les échantillons ne sont pas équivalents pour les trois variables du statut socio-économique et que c'est à Gao que les répondants sont les plus pauvres.

Tableau 28

Répartition des personnes malades en fonction de la possession de bovins et de radio (n = 824).

Statut socio-économique		Site			Total	Chi2	p-value
		Koutiala	Niono	Gao			
Possession de bovins	Non	194 (64 %)	184 (55 %)	169 (90 %)	547 (66 %)	68,1	0,00
	Oui	109 (36 %)	150 (45 %)	18 (10 %)	277 (34 %)		
Possession de radio	Non	44 (15 %)	56 (17 %)	56 (30 %)	156 (19 %)	19,6	0,00
	Oui	259 (85 %)	278 (83 %)	131 (70 %)	668 (81 %)		

4.1.2.3 Les variables liées à la maladie.

4.1.2.3.1 Symptômes.

Les six principaux symptômes évoqués par les répondants sont la présence: de fièvre (43%), de douleur abdominale (12%), de diarrhée (12%), de toux et de bronchite (18%), de maux de tête (31%), et de vomissements (16%). La répartition des personnes ayant présenté un épisode de maladie au cours des quinze derniers jours précédant l'enquête selon les symptômes ressentis et le site est présenté au Tableau 29.

Tableau 29

Fréquence des principales plaintes rapportées par les répondants (n = 824)

Plaintes*	Site			Total	Chi2	p-value
	Koutiala	Niono	Gao			
Fièvre	112 (37 %)	152 (45 %)	90 (48 %)	354 (43 %)	7,4	0,02
Douleur abdominale	38 (13 %)	35 (11 %)	23 (12 %)	96 (12 %)	0,8	0,20
Diarrhée	34 (11 %)	36 (11 %)	27 (14 %)	97 (12 %)	1,7	0,18
Toux/bronchite	62 (21 %)	62 (19 %)	28 (15 %)	152 (18 %)	2,3	0,31
Maux de tête	83 (27 %)	122 (37 %)	54 (29 %)	259 (31 %)	6,9	0,03
Vomissements	59 (20 %)	41 (12 %)	29 (16 %)	129 (16 %)	6,2	0,04

* La somme des pourcentages est supérieure à 100, une personne pouvant présenter simultanément plusieurs symptômes.

4.1.2.3.2 Gravité.

Trois modalités sont définies selon que la maladie est perçue par le répondant, grave, moyennement grave ou pas grave. La gravité est différemment appréciée selon le site. Environ deux malades sur trois à Gao estiment que leur maladie est grave. Les proportions de personnes qui estiment que leur maladie est grave sont respectivement de 22% et 41% à Niono et à Koutiala. Le tiers des personnes interrogées estiment que leur maladie n'est pas grave. Rappelons là aussi que les échantillons ne sont pas équivalents.

Tableau 30

Répartition des personnes malades selon la gravité déclarée de la maladie
(n = 824).

Gravité	Site			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Grave	124 (41 %)	72 (22 %)	125 (67 %)	321 (39 %)
Moyennement grave	75 (25 %)	147 (44 %)	8 (4 %)	230 (28 %)
Pas grave	104 (34 %)	115 (34 %)	54 (29 %)	273 (33 %)

Chi2 = 134,4 p = 0,00

4.1.2.3.3 Le maintien des activités quotidiennes

Le maintien des activités pendant la période de la maladie est une variable complémentaire de la gravité. Elle est dichotomique (oui, non). Plus de la moitié des personnes malades déclare avoir arrêté ses activités quotidiennes pendant l'épisode de maladie. C'est à Gao où les malades ont le plus déclaré avoir arrêté leurs activités quotidiennes. La différence avec les deux autres sites est statistiquement significative.

Tableau 31

Répartition des personnes malades selon le maintien des activités (n = 824).

Maintien des activités	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Non	153 (51 %)	161 (48 %)	128 (68 %)	442 (54 %)
Oui	150 (49 %)	173 (52 %)	59 (32 %)	382 (46 %)

Chi2 = 21,7 p = 0,00

4.1.2.3.4 Le nombre de personnes malades

La mesure du nombre de personnes malades dans le ménage permet d'apprécier indirectement les capacités de mobilisation des ressources, considérant que la

présence simultanée de plusieurs malades dans une famille est de nature à réduire les capacités d'utilisation des services requérant des déboursés monétaires (notamment les consultations). Un quart des ménages avec malades compte plus d'un malade (Tableau 32). Il n'y a pas de différence entre les sites.

Tableau 32

Répartition des personnes interrogées selon le nombre de malades dans le ménage (n = 824).

Nombre de malades dans le ménage	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Un malade	239 (79 %)	245 (73 %)	133 (71 %)	617 (75 %)
Plus d'un malade	64 (21 %)	89 (27 %)	54 (29 %)	207 (25 %)

Chi2 = 4,39 p = 0,11

4.1.2.4 Les pratiques de soins familiales.

Trois variables sont créées pour décrire le comportement habituel de la famille en cas de maladie d'un de ses membres. Ces variables portent sur les pratiques de soins habituelles de la famille en cas de fièvre chez un adulte, de toux chez un enfant et de parasitose ("gros ventre") chez un enfant (voir questionnaire sur les ménages à l'annexe 2). Chaque variable comporte quatre modalités à savoir:

l'abstention thérapeutique, l'auto-traitement, l'utilisation de services de santé modernes et la consultation de thérapeutes traditionnels. Compte-tenu des petits effectifs observés, les modalités "abstention thérapeutique" et "auto-traitement" ont été regroupées. Chaque variable de recours habituels compte donc trois modalités qui distinguent: (1) les familles qui ne s'adressent pas à un fournisseur de soins de santé; (2) celles qui consultent les services de santé modernes; et (3) celles qui ont recours à des thérapeutes traditionnels en cas de maladie d'un des leurs. Deux tiers des ménages interrogés s'adressent à un prestataire de soins de santé modernes en cas de survenue d'une fièvre chez un adulte de la famille (Tableau 33). Très peu de ménages s'adressent aux thérapeutes traditionnels.

Tableau 33

Pratiques habituelles de la famille en cas de fièvre chez l'adulte (n = 824).

Pratiques	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Abstention thérapeutique	4 (1,3%)	4 (1,2 %)	1 (1%)	9 (1%)
Auto-traitement	69 (23 %)	85 (25 %)	86 (46%)	240 (29%)
Sous-total (Ne consulte pas)	73 (24 %)	89 (27 %)	87 (47%)	249 (30%)
Consulte un service santé moderne	216 (71 %)	238 (71%)	95 (51%)	549 (67%)
Consulte un praticien traditionnel	14 (5 %)	7 (2%)	5 (3%)	26 (3%)

Chi2 = 37,2 p = 0,00

Lorsqu'un enfant tousse, on retrouve à peu près les mêmes pratiques qu'en cas de fièvre chez l'adulte (Tableau 34). Plus de deux ménages sur trois consultent un service de santé moderne. Les familles qui ne consultent pas sont plus fréquentes à Koutiala (3% n'entreprennent aucune action de soin et 37% préfèrent l'automédication).

Tableau 34

Pratiques habituelles de la famille en cas de toux chez l'enfant (n = 824).

Pratiques	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Abstention thérapeutique	10 (3%)	2 (1%)	2 (1%)	14 (2%)
Auto-traitement	111 (37%)	74 (22%)	43 (23%)	228 (28%)
Sous-total (Ne consulte pas)	121 (40%)	76 (23%)	45 (24%)	242 (29%)
Consulte un service santé moderne	173 (57%)	251 (75%)	139 (74%)	563 (68%)
Consulte un praticien traditionnel	9 (3%)	7 (2%)	3 (2%)	19 (2%)

Chi2 = 31,2 p = 0,00

La consultation d'un prestataire de soins modernes est la pratique la plus courante des familles en cas de "gros ventre" chez l'enfant (Tableau 35). En effet, trois ménages sur quatre s'adressent aux services de santé modernes dans un pareil

cas. L'automédication est faible (6%); il y a en revanche une augmentation significative de l'abstention thérapeutique comparativement à la fièvre et à la toux.

Tableau 35

Pratiques habituelles de la famille en cas de "gros ventre" chez l'enfant (n = 824).

Pratiques	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Abstention thérapeutique	50 (17%)	63 (19%)	16 (9%)	129 (16%)
Auto-traitement	27 (9%)	13 (4%)	13 (7%)	53 (6%)
Sous-total (Ne consulte pas)	77 (25%)	76 (23%)	29 (16%)	182 (22%)
Consulte un service santé moderne	217 (72%)	253 (76%)	151 (81%)	621 (75%)
Consulte un praticien traditionnel	9 (3%)	5 (2%)	7 (4%)	21 (3%)

Chi2 = 18,7 p = 0,00

4.1.2.5 Les opinions sur le système de recouvrement.

Rappelons que ces questions ne sont posées qu'à Gao et Niono (soit un effectif de 521 personnes), Koutiala n'ayant pas lors de l'enquête, de système de recouvrement des coûts. Comme pour le statut socio-économique, nous avons essayé de créer un index multiple à partir des items sur les attitudes et opinions

relatives au système local de recouvrement des coûts. Neuf items sont utilisés. Ce sont: le système est-il "bon" ? a-t-il contribué à améliorer la santé des gens ? permet-il d'avoir des services de meilleure qualité? permet-il de trouver plus facilement des médicaments? ces médicaments sont-ils "bons" ? êtes-vous d'accord que l'on fasse payer les médicaments aux malades qui se présentent au centre ? êtes-vous d'accord qu'on leur fasse payer les consultations ? que pensez-vous des prix des médicaments vendus au centre ? arrive-t-il que le personnel revende des médicaments du centre sur le marché parallèle ?

Toutes les personnes qui ont répondu négativement à la première question "connaissez-vous le système de recouvrement local ?" ont été éliminées de la construction de l'index (soit 70 personnes). L'analyse a donc porté sur les 451 personnes qui disent connaître le système de recouvrement local existant. Les variables sont de type nominal (oui, non, ne sait pas). On est intéressé à comparer ceux qui émettent un jugement favorable aux autres, ce qui permet de réduire le nombre de "données manquantes" dans les analyses, grâce à un regroupement des avis défavorables et des non-répondants à la question.

Une analyse factorielle a ensuite été faite avec l'ensemble des items recodifiés (Tableau 36). Une analyse en composante principale (APC) suggère deux facteurs dont les valeurs propres sont supérieures à 1. La variance totale expliquée par ces deux facteurs après rotation de type oblimin est de 60%.

Tableau 36

Questions sur l'appréciation du système de recouvrement de coûts;
Analyse en composante principale - Extraction à 2 facteurs après rotation oblimin,
coefficients factoriels et communautés (h_i^2) (n = 517).

Items	Facteur		h_i^2
	1	2	
Système de recouvrement bon ou pas	0.89	-0.11	0.77
Système améliore la santé de la population	0.87	-0.09	0.74
Si services sont de qualité supérieure	0.83	-0.05	0.68
Système facilite la disponibilité des médicaments.	0.82	0.08	0.7
Les médicaments du système sont bons	0.82	0.03	0.69
Faire payer les médicaments .	0.19	0.73	0.62
Faire payer les consultations	-0.01	0.78	0.61
Appréciation des prix des médicaments.	0.49	0.33	0.41
Intégrité morale du personnel	-0.09	0.42	0.17
Valeurs propres du facteur	4.04	1.34	
Pourcentage de variance expliquée par le facteur avant rotation	45%	15%	

Le premier facteur est principalement constitué des items suivants: le système est-il "bon"? a-t-il contribué à améliorer la santé des gens? permet-il d'avoir des services de meilleure qualité? permet-il de trouver plus facilement des médicaments? ces médicaments sont-ils "bons"? Ce facteur réfère à la qualité du système. Il est homogène et bien défini, ce qui suggère la construction d'un index multiple à partir de ces items. Un score dit d'opinion sur le système de recouvrement est construit par sommation non pondérée des valeurs des cinq items. Les corrélations inter-items sont acceptables (Tableau 37). Le coefficient alpha de Cronbach est égal à 0,91.

Tableau 37

Matrice de corrélation des items constitutifs de l'opinion sur les systèmes de recouvrement de coûts existants.

	Syst. recouv. bon ou pas	Syst. améliore santé population	Services qualité supérieure	Syst. facilite disponibilité médic.	Médic syst. sont bons
Syst. de recouvrement. bon ou pas	1				
Syst. améliore santé population	0.72	1			
Services qualité supérieure	0.65	0.71	1		
Syst. facilite disponibilité médic.	0.67	0.63	0.62	1	
Médic du syst. sont bons	0.69	0.65	0.6	0.66	1

Le deuxième facteur est plus difficile à interpréter et aucun index conceptuellement satisfaisant ne semble réalisable. Les items constitutifs de ce facteur (êtes vous d'accord que l'on fasse payer les médicaments aux malades qui se présentent au centre? qu'on leur fasse payer les consultations? arrive t-il que le personnel revende des médicaments du centre sur le marché parallèle?) sont donc analysés séparément. La répartition des personnes interrogées selon l'index de satisfaction et selon le site figure au Tableau 38.

Tableau 38

Répartition des personnes interrogées selon le score de satisfaction et le site
(n = 517).

Score de satisfaction (nombre d'opinions positives évoquées)	Sites		Total
	Niono	Gao	
0	33 (10,0%)	42 (22,5%)	75 (14,5%)
1	9 (2,7%)	5 (2,7%)	14 (2,7%)
2	10 (3,0%)	5 (2,7%)	15 (2,9%)
3	21 (6,4%)	16 (8,6%)	37 (7,2%)
4	44 (13,3%)	30 (16,0%)	74 (14,3%)
5	213 (64,5%)	89 (47,6%)	302 (58,4%)
Moyenne	4	3.36	3.79
Ecart - type	1.64	2.03	1.82
		F = 17,31	p = 0,00

Les personnes interrogées ont dans leur grande majorité, une opinion positive des systèmes de recouvrement de coût existants (86% ont émis au moins une opinion positive sur les système). Elles émettent en moyenne trois à quatre opinions positives. C'est à Gao qu'on trouve le plus d'opinions négatives (23% des personnes interrogées n'ont émis aucune opinion positive sur le système). En revanche, à Niono, 64% des personnes interrogées ont émis cinq opinions positives.

Si les répondants sont dans une certaine mesure, en faveur du paiement des médicaments (79% des personnes interrogées), ils le sont moins pour ce qui concerne les consultations (58% seulement d'opinions favorables) (Tableau 39). Ceux qui ne sont pas d'accord pour faire payer les consultations sont plus nombreux à Gao (plus de la moitié des personnes interrogées). Près de deux tiers des répondants estiment que les prix des médicaments vendus dans les formations sanitaires publiques sont adéquats. Plus de la moitié des répondants de Gao trouve que les prix sont élevés ou ne se prononce pas.

L'intégrité du personnel de santé est appréciée différemment selon le site. A Gao, 41% des personnes interrogées estiment que le personnel de santé revend les médicaments du centre de santé sur le marché parallèle; elles ne sont que 17% à Niono à faire une telle affirmation. Dans les deux sites, la moitié des personnes interrogées préfère ne pas se prononcer sur cette question (Tableau 39).

Tableau 39

Répartition des personnes interrogées selon leurs opinions sur le système local de recouvrement des coûts et le site (n = 517).

Opinions		Site		Total	Chi2	p-value
		Niono	Gao			
D'accord pour faire payer les médicaments	Non/ ne sait pas	43 (13%)	67 (36%)	216 (21%)	37.7	0.00
	Oui	290 (87%)	120 (64%)	87 (79%)		
D'accord pour faire payer les consultations	Non/ ne sait pas	116 (35%)	100 (54%)	216 (42%)	16.9	0.00
	Oui	216 (65%)	87 (46%)	303 (58%)		
Appréciation du prix des médicaments	Élevé/ Ne sait pas	64 (19%)	107 (57%)	171 (33%)	77.9	0.00
	Adéquat	268 (81%)	80 (43%)	348 (67%)		
Personnel revend les médicaments du centre de santé	Non	107 (33%)	14 (8%)	121 (24%)	60.4	0.00
	Ne sait pas	160 (50%)	96 (51%)	256 (50%)		
	Oui	54 (17%)	77 (41%)	131 (26%)		

4.1.2.6 Attitudes et opinions envers les médicaments.

4.1.2.6.1 Forme préférée

C'est une variable nominale à six modalités (comprimés, injections, sérums/perfusions, sirop, autres, pas de préférence). Pour distinguer les personnes qui préfèrent les injections, cette modalité a été individualisée. Vingt-un pour cent des personnes interrogées préfèrent les injections aux autres formes de médicaments; 22,6% n'ont pas de préférence (Tableau 40).

Tableau 40

Répartition des personnes interrogées selon la forme préférée (n = 824).

Forme	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Comprimés	164 (54%)	148 (44,3%)	94 (50,3%)	406 (49,3%)
Autres	23 (7,6%)	26 (7,8%)	10 (5,4%)	59 (7,2%)
Sous-total (non injectables)	187 (61,7%)	174 (52,1%)	104 (55,6%)	465 (56,4%)
Injections	47 (15,5%)	86 (25,7%)	40 (21,4%)	173 (21%)
Pas de préférence	69 (22,8%)	74 (22,2%)	43 (23%)	186 (22,6%)
Total	303	334	187	824

Chi2 = 10,6; p = 0,03

4.1.2.6.2 Conditionnement préféré

Cette variable réfère à la préférence entre les médicaments vendus "sans boîte" (génériques) et ceux vendus dans des "boîtes" (médicaments de marque). Elle comporte trois modalités (ceux qui préfèrent les médicaments sans "boîte", ceux qui les préfèrent dans des "boîtes" et ceux qui n'ont pas de préférence particulière). Les médicaments "dans les boîtes" (les médicaments de marque) ont de loin, la préférence des répondants. Très peu de personnes affirment préférer les médicaments non conditionnés (6% des personnes interrogées). Vingt - six pour cent des répondants déclarent n'avoir pas de préférence particulière (Tableau 41).

Tableau 41

Répartition des personnes interrogées selon leurs préférences en matière de conditionnement (n = 824).

Médicaments préférés	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
Médicaments sans boîte	8 (3%)	40 (12%)	3 (2%)	51 (6%)
Médicaments avec boîte	219 (72%)	185 (55%)	155 (83%)	559 (68%)
Pas de préférence	76 (25%)	109 (33%)	29 (16%)	214 (26%)
Total	303	334	187	824

Chi2 = 59 p = 0,00

4.1.2.6.3 Dangersité des médicaments

Cinq items sont utilisés pour évaluer les opinions des personnes interrogées sur la dangersité des médicaments. Ces items sont: existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les femmes, les femmes enceintes, les femmes qui allaitent un enfant, pour les personnes âgées et pour les enfants ? Une analyse factorielle a été réalisée avec l'ensemble de ces items. Une analyse en composante principale (Tableau 42) montre qu'un seul facteur a une valeur propre supérieure à un. Ce facteur explique 48% de la variance totale.

Tableau 42

Dangersité des médicaments; Analyse en composante principale - Extraction à un facteur, coefficients factoriels et communautés (hi^2) (n = 824)

Les médicaments sont déconseillés aux:	Facteur	Communautés (hi^2)
femmes	0.66	0.43
femmes enceintes	0.71	0.50
femmes qui allaitent	0.73	0.53
personnes âgées	0.68	0.46
enfants	0.70	0.49
Valeur propre du facteur	2.42	
Pourcentage de variance totale expliquée	48%	

Un score de dangerosité a ensuite été créé par sommation non pondérée des valeurs de ces items.

Tableau 43

Répartition des personnes interrogées selon le score de dangerosité attribué aux médicaments modernes (n = 824)

Valeur du score	Sites			Total
	Koutiala	Niono	Gao	
0	32 (10,6%)	22 (6,6%)	7 (3,7%)	61 (7,4%)
1	28 (9,2%)	36 (10,8%)	11 (5,9%)	75 (9,1%)
2	47 (15,5%)	44 (13,2%)	24 (12,8%)	115 (14,0%)
3	67 (22,1%)	74 (22,2%)	47 (25,1%)	188 (22,8%)
4	54 (17,8%)	71 (21,3%)	43 (23,0%)	168 (20,4%)
5	75 (24,8%)	87 (26,0%)	55 (29,4%)	217 (26,3%)
Moyenne	3	3.2	3.5	3.2
Ecart-type	1.6	1.5	1.4	1.6
			F = 12,6	p = 0,01

Une faible proportion des personnes interrogées estime qu'il n'y a aucun médicament dangereux pour les catégories de personnes citées (7,4%). En revanche, plus d'une personne sur quatre estime qu'il existe des médicaments dangereux pour toutes les catégories de personnes citées.

4.2 Analyses multivariées

Deux types d'analyses multivariées ont été utilisés: régressions logistiques et régressions linéaires multiples. Nous avons retenu pour ces analyses, les variables associées aux différentes variables dépendantes dans les analyses bivariées avec un seuil de signification inférieur à 0,20. Pour les régressions logistiques, les variables ont été introduites selon la méthode "Enter". Les risques relatifs calculés sont des risques relatifs ajustés et non des ratios de cotes. En effet, nous avons préféré calculé des risques relatifs ajustés plutôt que d'utiliser les ratios de cote qui nous sont donnés directement par la régression logistique. Dans la mesure où l'échantillon est probabiliste, on peut estimer: (1) la probabilité $P(A/X = 1)$ que survienne l'événement "A" lorsque le facteur "X" est présent; (2) la probabilité $P(A/X = 0)$ que survienne l'événement "A" lorsque le facteur "X" n'est pas présent. Le risque relatif ajusté est égal au ratio de probabilité. $RRa = P(A/X=1) / P(A/X=0)$. L'avantage de cette procédure réside dans le fait que la mesure d'association ainsi obtenue peut être plus facilement interprétée qu'un ratio de cote, lequel, comme on le sait, n'offre une bonne approximation du risque relatif que lorsque l'événement considéré est rare. Pour la régression linéaire multiple (il n'y en a qu'une seule), nous avons utilisé la procédure GLM du logiciel SPSS®.

Deux variables, le site (système public revitalisé vs non, site de Niono vs Gao) et le marché (fermé vs ouvert) sont maintenues dans les modèles quel que soit leur niveau de signification, à cause de leur importance conceptuelle. Précisons que par système public revitalisé nous désignons les systèmes de santé publics dans

lesquels il y a un recouvrement des coûts et une disponibilité des médicaments essentiels sous forme de génériques. Il s'agit en l'occurrence des sites de Niono et Gao; le site de Koutiala est considéré comme un système public non revitalisé. Pour la présentation, nous suivons le même ordre que celui des résultats préliminaires. Nous présenterons d'abord les résultats des recours thérapeutiques puis ceux de l'utilisation des médicaments.

4.2.1 Le comportement thérapeutique.

Deux variables découlant des différents recours utilisés par les personnes malades ont été utilisées pour répondre aux hypothèses sur le comportement thérapeutique. Ce sont "la consultation d'un prestataire de soins" et "l'utilisation lors de l'épisode de maladie de services de santé modernes publics et privés".

4.2.1.1 Les facteurs associés au recours à un prestataire de soins.

L'analyse s'appuie sur une modélisation logistique. Parmi les 811¹³ répondants inclus dans le modèle, 446 (55%) ont consulté à un moment ou un autre de l'épisode de maladie, un prestataire de soins.

¹³ 13 répondants exclus en raison de données manquantes sur certaines variables.

Il apparaît que les personnes malades consultent plus fréquemment un prestataire de soins modernes (Tableau 44) lorsque:

- Elle résident à Gao comparativement à celles qui résident à Koutiala (1,5 fois plus);
- elles sont âgées de cinq ans et moins en comparaison avec les adultes et les enfants âgées de plus de cinq ans (1,7 fois plus);
- elles sont instruites comparativement aux non-instruites (1,5 fois plus);
- le ménage possède des biens modernes (14% plus par bien moderne additionnel);
- elles perçoivent la maladie comme grave ou moyennement grave comparativement à celles qui perçoivent la maladie comme non grave (2,2 fois plus);
- elles n'ont pas pu continuer leurs activités quotidiennes comparativement à celles qui ont pu continuer leurs activités quotidiennes (1,9 fois plus);
- le nombre de plaintes augmente (23% plus de chances de consulter par plainte exprimée);

- elles se plaignent de douleurs abdominales que lorsqu'elles se plaignent d'autres symptômes (1,6 fois plus);
- elles croient en la dangerosité des médicaments modernes comparativement à celles qui n'y croient pas (1,1 fois plus);
- il existe dans la famille une tradition de consulter les services de santé modernes (1,4 fois plus) que lorsqu'il n'en existe pas.

En revanche les personnes malades consultent moins un prestataire de soins lorsqu'il existe d'autres malades dans la famille (1,3 fois moins) et lorsqu'elles se plaignent de maux de tête (1,7 fois moins) que lorsqu'elles se plaignent d'autres symptômes. La propension à consulter n'est pas significativement associée au marché ($p = 0,34$).

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 155,8 ($p = 0,000$), la sensibilité de 78,3% et la spécificité de 60,8%. Le modèle classe correctement 70,4% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 6,69 et n'est pas significatif ($p = 0,57$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce qu'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un bon ajustement.

Tableau 44

Facteurs associés au recours à un prestataire de soins (n = 811)

Variables	A consulté un prestataire de soins			
	Oui 446	vs	Non 365	
	b	SE	p	RRa
Constante	-2.055	0.344	0.000	-
Site (ref = Koutiala)				
Niono	-0.090	0.178	0.613	0.92
Gao	0.460	0.215	0.033	1.49
Marché (ref = ouvert)	0.235	0,246	0.339	1.23
Enfant âgé de 5 ans et moins (ref = adultes et enfants de plus de 5 ans)	0.649	0.182	0.000	1.73
Instruit (ref = non instruit)	0.471	0.166	0.005	1.50
Possession de biens modernes*	0.150	0.068	0.028	1.14
Nombre de personnes malades dans le ménage*	-0.198	0.122	0.010	0.84
Se plaint de douleurs abdominales	0.581	0.265	0.028	1.64
Se plaint de maux de tête	-0.554	0.205	0.007	0.60
Maladie perçue grave ou moyennement grave (ref = maladie non grave)	0.943	0.195	0.000	2.18
N'a pas pu continuer ses activités quotidiennes	0.743	0.181	0.000	1.87
Opinion sur la dangerosité des médicaments modernes*	0.101	0.517	0.050	1.09
Existence d'une tradition de consultation des services de santé modernes dans la famille (ref = non)	0.391	0.160	0.015	1.40
Nombre de plaintes exprimées*	0.239	0.113	0.034	1.23

* variable numérique

Chi2 = 155,8

df = 14

p = 0,000

-2 Log Likelihood = 960,4

4.2.1.2 Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé publics et privés

L'analyse s'appuie sur une modélisation logistique. Parmi les 406 répondants inclus dans le modèle, 298 (73%) ont consulté dans un service de santé moderne public et 108 (27%) ont eu recours à un prestataire de soins en pratique privée.

Les personnes malades ont plus de chances d'utiliser les services de santé modernes publics comparativement aux services de santé modernes en pratique privée (Tableau 45) lorsque:

- le système est revitalisé comparativement à un système non revitalisé (1,8 fois plus);
- le marché est de type "fermé" comparativement à un marché de type "ouvert" (2,9 fois plus);
- elles ne sont pas "chef" de ménage par comparaison au "chef" de ménage (1,7 fois plus);
- elles perçoivent la maladie comme grave ou moyennement grave comparativement à celles qui perçoivent la maladie comme non grave (1,4 fois plus);

- elles sont convaincues de la qualité des médicaments du public comparativement à celles qui ne sont pas convaincues de la qualité des médicaments qui sont dans le système public (1,8 fois plus).

En revanche, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les personnes malades vivant à Niono et celles qui vivent à Gao ($p = 0,098$). On note également une absence d'association entre la présence de fièvre et l'utilisation des services de santé publics ($p = 0,065$).

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 83,36 ($p = 0,000$), la sensibilité de 90,9% et la spécificité de 39,8%. Le modèle classe correctement 77,3% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 5,33 et n'est pas significatif ($p = 0,72$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce qu'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un bon ajustement.

Tableau 45

Facteurs associés à l'utilisation des services de santé publics et privés (n = 406)

Variables	Contraste:		SE	p	RRa
	A utilisé les SSMPu 298	vs A utilisé les SSMPr 108			
Constante	-1.090	0.496	0.028	-	
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	0.878	0.381	0.021	1.78	
Site de Niono (ref = Gao)	0.591	0.357	0.098	1.50	
Marché fermé (ref = ouvert)	2.045	0.565	0.000	2.87	
Maladie perçue grave ou moyennement grave (ref = maladie non grave)	0.529	0.302	0.080	1.44	
Le malade n'est pas le chef de ménage (ref = chef)	0.774	0.384	0.044	1.68	
Se plaint de fièvre	-0.476	0.258	0.065	0.69	
Convaincu de la qualité des médicaments du public	0.906	0.374	0.016	1.80	
Chi2 = 83,362					df = 7
-2 Log Likelihood = 386,9					p = 0,000

4.2.2 Utilisation des médicaments

Sept variables sont utilisées à savoir: utilisation des médicaments modernes, d'antibiotiques, d'injections, de génériques et de médicaments de marque, nombre de médicaments acquis et consommés, source et coût des médicaments acquis.

4.2.2.1 Facteurs associés à l'utilisation de médicaments modernes

Tout comme dans les cas précédents, l'analyse s'appuie sur une modélisation logistique. Parmi les 818¹⁴ répondants, 665 (81%) ont consommé des médicaments modernes. Les personnes malades de Niono n'ont ni plus ni moins de chances que celles de Gao d'utiliser des médicaments. De la même manière le marché, qu'il soit ouvert ou fermé, n'influence pas le fait d'utiliser ou non des médicaments modernes (Tableau 46).

Les personnes malades ont plus de chances de consommer des médicaments modernes lorsque:

- elles consultent un prestataire de soins modernes en comparaison avec celles qui ne consultent pas un prestataire de soins de modernes (1,37 fois plus);

¹⁴ Six répondants exclus en raison de données manquantes sur certaines variables indépendantes.

- elles possèdent des biens modernes comparativement à celles qui ne possèdent aucun bien moderne (1,25 fois plus par bien moderne additionnel);
- elles se plaignent de maux de tête ou de fièvre que lorsqu'elles se plaignent d'autres symptômes (1,21 fois plus).

En revanche elles ont moins de chances d'en consommer lorsque:

- le système public est revitalisé comparativement à un système public non revitalisé (1,56 fois moins);
- le nombre de plaintes exprimées augmente (15% moins par plainte exprimée);
- elles vivent dans une famille qui n'a pas une habitude d'utiliser des médicaments modernes (2,44 fois moins);

Soulignons que la gravité et la capacité de continuer ou non les activités quotidiennes ne sont pas significativement associées à la variable dépendante. Leur effet est sans doute médié par la variable "consultation d'un prestataire de soins modernes" dont on a vu qu'elle était influencée par la gravité et la capacité à continuer ses activités quotidiennes (Tableaux 44 et 45) .

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi2 de Pearson est de 241,47 ($p = 0,000$), la sensibilité de 95,7% et la spécificité de 35,1%. Le modèle classe correctement 84,3% des personnes. Le chi2 du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 6,28 et n'est pas significatif ($p = 0,62$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce qu'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un très bon ajustement.

Tableau 46

Facteurs associés à l'utilisation des médicaments modernes (n = 818)

A utilisé du médicament moderne

Contraste:

Oui
665

vs

Non
153

Variables	b	SE	p	RRa
Constante	0.944	0.386	0.003	-
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	-1.097	0.330	0.013	0.64
Site de Niono (ref = Gao)	0.482	0.300	0.229	1.12
Marché fermé(ref = ouvert)	0.106	0.336	0.99	1.08
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)	3.595	0.394	0.000	1.37
Possession de biens modernes*	0.316	0.238	0.105	1.25
Se plaint de maux de tête	0.990	0.262	0.000	1.21
Famille n'ayant pas une habitude d'utilisation des médicaments modernes	-1.798	0.456	0.000	0.41
Se plaint de fièvre	0.993	0.259	0.001	1.21
Nombre de plaintes exprimées*	-0.415	0.164	0.024	0.87

* variable numérique

Chi2 = 241,47

df = 9

p = 0,000

-2 Log Likelihood = 551,5

4.2.2.2 Facteurs associés à l'utilisation des antibiotiques

Rappelons que pour cette variable comme pour les suivantes, les analyses ne portent que sur les personnes ayant consommé des médicaments modernes. Les analyses s'appuient sur des modélisations logistiques.

Parmi les personnes malades qui ont utilisé des médicaments modernes, environ le quart a consommé des antibiotiques (24%).

Les personnes malades ont plus de chances de consommer des antibiotiques (Tableau 47) au cours de l'épisode de maladie lorsque:

- elles consultent les services de santé publics comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (2,7 fois plus);
- elles consultent les services de santé en pratique privée comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (2,6 fois plus);
- elles sont des enfants âgés de cinq ans ou moins comparativement aux enfants âgés de plus de cinq ans et aux adultes (1,6 fois plus);

Elles ont plus de chances de ne pas en consommer lorsqu'elles se plaignent de fièvre (1,9 fois moins) ou de maux de tête (2 fois moins);

Les facteurs suivants ne sont pas associés de façon significative à l'utilisation des antibiotiques lors de la maladie. Il s'agit de la revitalisation du système de santé, le site de Niono (comparativement au site de Gao) et le marché (fermé vs ouvert). Il faut souligner que la gravité perçue de la maladie ainsi que la capacité à continuer les activités quotidiennes ne sont pas non plus associées significativement à la variable dépendante (effet médié par la consultation des services de santé publics ou en pratique privée). Les personnes ayant consulté les services de santé publics ne consomment ni plus ni moins d'antibiotiques que celle ayant eu recours aux services de santé en pratique privée ($p = 0,8$).

Qualité d'ajustement du modèle

Le χ^2 de Pearson est de 93,5 ($p = 0,000$), la sensibilité de 13,4% et la spécificité de 96,8%. Le modèle classe correctement 77% des personnes. Le χ^2 du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 8,1 et n'est pas significatif ($p = 0,42$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce qu'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un bon ajustement.

Tableau 47

Facteurs associés à l'utilisation d'antibiotiques (n = 662)

A utilisé des antibiotiques lors de la maladie

Contraste:

Oui
157

vs

Non
506

Variables	b	SE	p	RRa
Constante	-1.537	0.255	0.000	-
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	-0.305	0.270	0.259	0.77
Site de Niono (ref = Gao)	-0.222	0.274	0.418	0.83
Marché fermé (ref = ouvert)	-0.304	0.313	0.331	0.77
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)				
. A consulté un SSM en pratique privée	1.434	0.300	0.000	2.68
. A consulté un SSM public	1.363	0.252	0.000	2.58
Enfant âgé de 5 ans et moins (ref = adultes et enfants de plus de 5 ans)	0.595	0.213	0.005	1.58
Se plaint de fièvre	-0.725	0.211	0.001	0.53
Se plaint de maux de tête	-0.839	0.258	0.001	0.48
Chi2 = 93,3	df = 8		p = 0,000	

-2 Log Likelihood = 631,9

4.2.2.3 Facteurs associés à l'utilisation de médicaments injectables

Sur l'ensemble des personnes malades ayant consommé des médicaments modernes, environ une sur cinq a utilisé des injections.

Les résultats montrent que les personnes malades ont plus de chances de consommer des médicaments injectables (Tableau 48) lorsque:

- le système public est revitalisé par rapport à un système public non revitalisé (2,3 fois plus);
- le marché est de type "fermé" comparativement à un marché de type "ouvert" (2,1 fois plus);
- elles consultent les services de santé publics comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (25,8 fois plus);
- elles consultent les services de santé en pratique privée comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (15,6 fois plus);
- elles se plaignent de maux de tête que lorsqu'elles se plaignent d'autres symptômes (2,1 fois plus);

- le nombre de plaintes exprimées augmente (1,4 fois plus).
- le nombre de malades dans le ménage augmente (1,5 fois plus);

Le recours probable à un prestataire de soins modernes est donc un déterminant essentiel de la consommation d'injectables. En revanche les enfants âgés de cinq ans ou moins ont presque trois fois moins de chance de consommer des produits injectables que les adultes et les enfants âgés de plus de cinq ans (RRa = 0,34).

Les malades de Niono n'ont ni plus ni moins de chances que ceux de Gao de consommer des médicaments sous forme injectable ($p = 0,86$). De la même manière, les personnes ayant consulté dans les services de santé publics ne consomment ni plus ni moins d'injections que celles ayant eu recours aux services de santé en pratique privée ($p = 0,14$).

Soulignons enfin que la gravité et la capacité de continuer ou non les activités quotidiennes ne sont pas significativement associées à la variable dépendante (effet médié par la consultation d'un prestataire de soins modernes).

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 172,65 ($p = 0,000$), la sensibilité de 33,1% et la spécificité de 94,9%. Le modèle classe correctement 82,8% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 3,83 et n'est pas significatif ($p = 0,87$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce qu'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un bon ajustement.

Tableau 48

Facteurs associés à l'utilisation de médicaments injectables (n = 662)

		A utilisé un médicament injectable			
Contraste:		Oui 130	vs	Non 532	
Variables	b	SE	p	RRa	
Constante	-5.565	0.573	0.000	-	
Systeme public revitalisé (ref = Koutiala)	0.828	0.323	0.010	2.28	
Site de Niono (ref = Gao)	-0.050	0.289	0.861	0.95	
Marché fermé (ref = ouvert)	0.751	0.334	0.025	2.11	
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)					
. A consulté un SSM en pratique privée	2.807	0.481	0.000	<u>15.63</u>	
. A consulté un SSM public	3.251	0.425	0.000	<u>23.58</u>	
Enfant âgé de 5 ans et moins (ref = adultes et enfants de plus de 5 ans)	-1.088	0.269	0.000	0.34	
Nombre de plaintes exprimées*	0.300	0.149	0.044	1.35	
Se plaint de maux de tête	0.764	0.293	0.009	2.14	
Nombre de malades dans le ménage*	0.399	0.174	0.022	1.49	
* variable numérique					
Chi2 = 172,647		df = 9		p = 0,000	
-2 Log Likelihood = 631,9					

4.2.2.4 Facteurs associés à la consommation de génériques et de médicaments de marques

Les médicaments consommés par les personnes ayant présenté un épisode de maladie dans les deux semaines précédents l'enquête sont soit des génériques uniquement, soit des médicaments de marques uniquement, soit les deux à la fois. Pour déterminer les facteurs qui sont associés à l'usage de l'un ou de l'autre, nous avons comparé les personnes qui ont consommé uniquement des génériques à celles qui ont consommé uniquement des médicaments de marque. Vingt-huit pour cent des personnes malades ont consommé uniquement des produits génériques contre quarante deux pour cent des malades qui ont consommé uniquement des médicaments de marques.

Les personnes de Niono n'ont ni plus ni moins de chances que celles de Gao de consommer des médicaments génériques ($p = 0,33$). De la même manière le marché, qu'il soit ouvert ou fermé, n'influence pas le fait de consommer des médicaments génériques (Tableau 49).

Les personnes malades ont plus de chances de consommer des produits génériques au cours de l'épisode de maladie lorsque:

- le système public est revitalisé comparativement à un système public non revitalisé (1,3 fois plus);

- elles perçoivent la maladie comme non grave comparativement à celles qui perçoivent la maladie comme grave ou moyennement grave; ces dernières ont plus de chances d'utiliser des médicaments de marque (1,4 fois plus);
- elles se plaignent de fièvre que lorsqu'elles se plaignent d'autres symptômes (1,4 fois plus);
- les médicaments proviennent du centre de santé que lorsque les médicaments proviennent d'ailleurs (2 fois plus).

En revanche les personnes malades ont plus de chances de consommer des médicaments de marques lorsque:

- elles consultent un service de santé moderne public comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (2,3 fois plus).
- elles consultent un service de santé moderne en pratique privée comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (4,3 fois plus).

Des analyses complémentaires montrent cependant que les personnes ayant eu recours aux services publics ont consommé plus de médicaments génériques que

celles ayant eu recours aux services de santé en pratique privée (RRa = 1,5 p = 0,03).

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 76,0 (p = 0,000), la sensibilité de 69,4% et la spécificité de 78,7%. Le modèle classe correctement 70,9% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 13,5 et n'est pas significatif (p = 0,1). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce que l'on observe et ce que le modèle prédit. Ces différents éléments sont en faveur d'un ajustement moyen. Par conséquent, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

Tableau 49

Facteurs associés à la consommation des génériques et
des spécialités (n = 464)

Contraste:	A consommé des génériques 187	vs	A consommé des médics. de marques 277
------------	--	----	---

Variables	b	SE	p	RRa
Constante	-0.582	0.245	0.003	-
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	0.677	0.281	0.013	1.28
Site de Niono (ref = Gao)	-0.527	0.962	0.327	0.77
Marché fermé (ref = ouvert)	-0.230	0.321	0.343	0.90
Maladie non grave (ref = grave ou moyennement grave)	0.544	0.219	0.003	1.37
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)				
. A consulté un SSM en pratique privée	-1.830	0.374	0.000	0.23
. A consulté un SSM public	-1.131	0.255	0.000	0.43
Se plaint de fièvre	0.526	0.204	0.027	1.36
Les médicaments sont acquis au centre de santé (réf = non)	1.568	0.328	0.083	2.03
Chi2 = 76		df = 8	p = 0,000	
-2 Log Likelihood = 549,7				

4.2.2.5 Facteurs associés au nombre de médicaments acquis.

Les facteurs associés au nombre de médicaments acquis lors de l'épisode de maladie ont été déterminés en comparant les personnes malades qui ont acquis plus d'un médicament (55%) à celles qui n'en ont acquis qu'un seul (45%).

Les personnes malades de Niono n'ont ni plus ni moins de chances que celles de Gao d'acquérir et de consommer plus de médicaments. De la même manière, le fait que le système public soit revitalisé ou non, ou que le marché soit ouvert ou fermé, n'influence pas le nombre de médicaments acquis et consommés lors de l'épisode. La gravité et la capacité de continuer ou non les activités quotidiennes ne sont pas non plus significativement associées à la variable dépendante (effet médié par la consultation d'un prestataire de soins modernes).

Les personnes malades ont plus de chances d'acquérir plus d'un médicament (Tableau 50) lorsque:

- elles consultent un prestataire de soins modernes comparativement à celles qui n'en consultent pas (1,9 fois plus);
- elles sont âgées de cinq ans et moins comparativement à celles qui sont âgées de plus de cinq ans (1,3 fois plus);

- le nombre de plaintes exprimées augmente.

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 73,8 ($p = 0,000$), la sensibilité de 54,4% et la spécificité de 74,5%. Le modèle classe correctement 65,4% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 5,9 et n'est pas significatif ($p = 0,6$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce que l'on observe et ce que le modèle prédit. Ces différents éléments sont en faveur d'un ajustement moyen. Par conséquent, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats.

Tableau 50

Facteurs associés au nombre de médicaments acquis lors de l'épisode de maladie (n = 662)

	A consommé plus d'un médicament 364	vs	A consommé un seul médicament 298		
Variables	b	SE	p	RRa	
Constante	-0,987	0,253	0,000	-	
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	-0,066	0,235	0,769	0,97	
Site de Niono (ref = Gao)	-0,266	0,231	0,247	0,87	
Marché fermé (ref = ouvert)	-0,355	0,254	0,158	0,82	
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)	1,065	0,255	0,000	1,91	
Enfant âgé de 5 ans et moins (ref = adultes et enfants de plus de 5 ans)	0,378	0,176	0,032	1,30	
Nombre de plaintes exprimées*	0,256	0,102	0,012	1,20	
N'a pas pu continuer ses activités quotidiennes	0,310	0,174	0,075	1,24	
* variable numérique					
Chi2 = 73,8		df = 7		p = 0,000	

4.2.2.6 Facteurs associés à la source d'acquisition des médicaments

Les médicaments, nous l'avons vu avec les analyses bivariées, peuvent provenir de sources multiples. Pour déterminer les facteurs associés à l'acquisition des médicaments au centre de santé ou à la pharmacie privée, l'analyse s'appuie sur une modélisation logistique.

Les résultats (Tableau 51) montrent que les personnes malades ont plus de chances d'acquérir leurs médicaments au centre de santé lorsque:

- le système public est revitalisé comparativement à un système public non revitalisé (1,2 fois plus);
- elles sont de Niono comparativement à Gao (1,3 fois plus);
- elles consultent un prestataire de soins modernes comparativement à celles qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes (17,08 fois plus);

En revanche, elles ont plus de chances d'acquérir leurs médicaments à la pharmacie ou au dépôt privés lorsqu'elles possèdent des biens modernes (42% plus de chances par bien additionnel possédé).

Soulignons que le marché n'a pas d'influence sur la source des médicaments acquis. La gravité et la capacité de continuer ou non les activités quotidiennes ne sont pas non plus significativement associées à la variable dépendante (effet médié par la consultation d'un prestataire de soins modernes).

Qualité d'ajustement du modèle

Le chi² de Pearson est de 133,3 ($p = 0,000$); la sensibilité est de 46,6% et la spécificité est de 90,8%. Le modèle classe correctement 80,2% des personnes. Le chi² du test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow présente une valeur de 4,4 et n'est pas significatif ($p = 0,82$). Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative entre ce que l'on observe et ce que prédit le modèle. Ces différents éléments sont en faveur d'un bon ajustement.

Tableau 51

Facteurs associés à la source d'acquisition des médicaments (n = 482)

Contraste:

Centre de santé 116

 vs

Pharmacie/Dépôt 366

Variables	b	SE	p	RRa
Constante	-4.768	0.618	0.000	-
Système public revitalisé (ref = Koutiala)	0.810	0.384	0.035	1.21
Site de Niono (ref = Gao)	1.551	0.319	0.000	1.32
Marché fermé(ref = ouvert)	0.154	0.386	0.69	1.05
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)	2.985	0.542	0.000	17.08
Possession de biens modernes (ref = aucun bien moderne)*	-0.388	0.113	0.001	0.68
Instruit (ref non instruit)	0.213	0.265	0.421	1.23

* variable numérique

Chi2 = 132,5

df = 6

p = 0,000

4.2.2.7 Facteurs associés aux coûts des médicaments acquis

L'analyse s'appuie sur des modélisations linéaires. Nous avons adopté une démarche à deux temps qui différencie les variables "immédiates" en rapport avec la consommation (consommation d'antibiotiques, d'injections, de génériques, de médicaments de marque, le nombre de médicaments consommés et le recours à un service de santé moderne), des autres variables (caractéristiques individuelles, site et caractéristiques liées à la maladie). Il est à noter que dans les variables de consommation nous distinguons: (1) les variables dont l'association significative avec les coûts traduit un "effet prix" (consommation d'antibiotiques, d'injections, de génériques et de médicaments de marque); (2) celles dont l'association avec les coûts traduit un "effet quantité" (le nombre de médicaments acquis) et (3) celles dont l'association avec les coûts peut traduire à la fois un effet prix et un effet quantité (recours à un service de santé moderne).

Dans un premier temps nous avons modélisé uniquement les variables de consommation. Ces variables expliquent 58,2% de la variance totale (Tableau 52a).

Tableau 52 (a)

Facteurs associés au coût des médicaments acquis
(modèle de base) (n = 502)

Source	b	SE	p	Eta Squared
Constante	6.94	0.22	0.00	0.67
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)	1.58	0.12	0.00	0.27
Nombre de médicaments*	1.04	0.14	0.00	0.11
Consommation d'antibiotique (ref = non)	0.46	0.12	0.00	0.03
Consommation d'injectable (ref = non)	0.58	0.13	0.00	0.04
Consommation de génériques (ref = non)	-0.84	0.13	0.00	0.08
Consommation de médicaments de marque (ref = non)	-0.14	0.13	0.29	0.00
R2 = 0,582 (R2 ajusté = 0,577) SSE = 580,6 dl = 5				

Dans un second temps nous avons introduit dans ce modèle de base les autres variables, d'abord isolément puis ensemble. L'introduction isolée des autres variables augmente légèrement la puissance explicative mais ne donne pas un modèle significativement différent du modèle de base (le test linéaire général donne à chaque fois un F calculé qui est inférieur à celui donné par la table de distribution F). En revanche l'introduction de l'ensemble des autres variables (site, marché,

possession de biens modernes, gravité et fièvre), augmente la puissance explicative du modèle ($R^2 = 0,617$). Un test linéaire général a été effectué entre le modèle de base et le modèle complet. Le "F" calculé ($F_c = 5,56$) est supérieur à celui donné par la table de distribution F ($F = 1,94$). Ce qui suggère que les nouvelles variables introduites dans le modèle ont un apport significatif dans la détermination des facteurs associés au coût des médicaments acquis (Tableau 52 b). Le site, la possession de biens modernes et la gravité perçue de la maladie, ont en plus de leurs effets sur les variables de consommation pré-citées (voir les analyses sur ces variables) , des effets directs sur le coût des médicaments.

Le coût des médicaments acquis est plus élevé lorsque:

- la personne malade a consulté un prestataire de soins modernes.
- le nombre de médicaments acquis augmente;
- la personne malade consomme des antibiotiques;
- la personne malade consomme des médicaments injectables,
- la personne malade réside à Koutiala;
- la maladie est perçue grave;
- la personne malade ou sa famille possède des biens modernes;

Le coût des médicaments est moins élevé lorsque la personne malade a consommé des médicaments génériques ou présente de la fièvre.

Le marché, la consommation de médicaments de marque et la présence de diarrhée ne sont pas significativement associés au coût des médicaments acquis.

Des analyses complémentaires montrent que les coûts des médicaments acquis ne sont ni plus élevés ni moins élevés lorsqu'on consulte un prestataire de soins modernes public ou en pratique privée.

Tableau 52(b)

Facteurs associés au coût des médicaments acquis
(modèle complet) (n = 502)

Source	b	SE	p	Eta Squared
Constante	6.54	0.29	0.00	0.61
A consulté un prestataire de soins modernes (ref = non)	1.57	0.12	0.00	0.28
Log du nombre de médicaments*	0.96	0.13	0.00	0.13
Consommation d'antibiotique (ref = non)	0.39	0.12	0.01	0.02
Consommation d'injectable (ref = non)	0.73	0.13	0.00	0.04
Consommation de génériques (ref = non)	-0.77	1.12	0.00	0.06
Consommation de médicaments de marque (ref = non)	-1.66	1.13	0.19	0.00
Site (ref = Koutiala)				
. Niono	-0.32	0.11	0.00	0.02
. Gao	-0.15	0.13	0.26	0.00
Marché fermé (ref = marché ouvert)	-0.15	0.14	0.29	0.01
Gravité (ref = moyennement grave, pas grave)	0.38	0.11	0.00	0.02
Se plaint de fièvre (ref = non)	-0.22	0.10	0.02	0.01
Possession de biens modernes*	0.13	12.46	0.00	0.02
R2 = 0,617 (R2 ajusté = 0,606) SSE = 532,0 dl = 11				
* Variable numérique				

Chapitre 5 Discussion générale et limites de l'étude

5.1 Discussion générale

La discussion sera axée autour de nos hypothèses de recherche à la lumière du modèle conceptuel, des résultats et de la littérature. Nous discuterons dans un premier temps les hypothèses sur le comportement thérapeutique et dans un second temps celles sur l'utilisation des médicaments modernes.

5.1.1 Le comportement thérapeutique

5.1.1.1 Le recours à un prestataire de soins

Un peu moins de la moitié des personnes malades qui ont fait l'objet de notre étude n'ont eu recours à aucun prestataire de soins. Elles se sont soit abstenues de toute action thérapeutique ou ont eu recours à l'automédication. La proportion de personnes ayant décidé de n'entreprendre aucune action thérapeutique est faible et globalement comparable dans les trois sites de l'étude. Quoi de plus normal dans une société où culturellement la santé occupe une place importante. Chacun se soigne d'une façon ou d'une autre, que ce soit par automédication ou en ayant recours à un prestataire de soins. Un peu plus d'une personne malade sur trois a recours à l'automédication. Ceci confirme l'importance du phénomène tel que rapporté par de nombreux auteurs (Rabin et Bush, 1975; Gesler, 1984; Hielscher et Sommerfield, 1985; Galdwell et coll., 1989; Segall, 1990; Foster, 1991; Parades et coll., 1992). Nos résultats concordent avec ceux d'autres études qui confirment qu'entre 30 et 70 pour cent des symptômes ressentis sont soignés

par automédication (Roghman et Huggerty, 1972; Freer, 1980; Abosede, 1984; Van Der Geest, 1987; Bush et Hardon, 1990; Foster, 1991; Agyepong, 1992). Contrairement à l'abstention thérapeutique, l'automédication ne semble pas être globalement identique dans les trois sites. La proportion de personnes ayant eu recours à l'automédication est à peu près semblable à Niono et à Koutiala malgré la différence de performance qui existe entre ces deux sites. A Gao en revanche, la proportion de personnes ayant pratiqué l'automédication est la plus faible malgré sa performance qu'on peut évaluer comme moyenne. Ces premières constatations suggèrent que les pratiques d'automédication ne seraient pas associées à la revitalisation des services de santé publics.

Le recours à un prestataire de services lors de l'épisode de maladie ne semble pas non plus dépendre de la revitalisation des services publics. En effet la demande de services est identique à Koutiala et à Niono (différence non significative entre les deux sites) malgré la différence de performance qui, nous l'avons déjà souligné, existe entre leurs services publics. C'est d'ailleurs à Gao que le recours à un prestataire de soins est le plus élevé. En effet, toute chose étant égale et Koutiala étant la référence, la propension à consulter un prestataire de soins est 1,5 fois plus élevée à Gao.

Sur la base de la performance uniquement (revitalisation des services publics), on devrait s'attendre à ce que l'automédication soit plus élevée à Koutiala et plus faible à Niono, que le recours à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie soit plus fort à Niono et faible à Koutiala. Cependant ce n'est pas ce que

l'on observe. On est alors tenté de se demander qu'est-ce qui fait qu'à Niono le niveau de l'automédication est identique à celui de Koutiala et supérieur à celui de Gao, et que la demande de soins est plus élevée à Gao qu'à Niono? Nous pensons que la réponse à ces questions réside dans un autre élément, celui de la disponibilité et de l'accessibilité des fournisseurs de médicaments et des prestataires de services. En effet, Niono et Koutiala comptent chacun quatre officines de pharmacie privées tandis qu'à Gao il n'y en a que deux; les fournisseurs informels de médicaments (vendeurs ambulants, vendeurs du marché, boutiquiers, étalagistes etc.) sont également moins nombreux à Gao qu'à Niono et à Koutiala (confère Tableau 5b).

Ces différentes observations donnent à penser que les pratiques d'automédication et de recours ou non à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie dépendent moins de la revitalisation des systèmes publics que des caractéristiques de l'offre locale des médicaments et des soins. Lorsque l'offre locale de médicaments et de soins est rationnée et particulièrement lorsque la densité de fournisseurs de médicaments est faible, alors les pratiques d'automédication lors de l'épisode de maladie sont moindres et la propension à consulter un prestataire de soins est plus grande.

Les autres facteurs qui sont associés au recours ou non à un prestataire de soins sont des caractéristiques liées à la maladie, à l'individu ou à sa famille et certaines opinions et croyances.

Les caractéristiques liées à la maladie sont:

- La gravité perçue de la maladie; soixante-cinq pour cent des individus ayant perçu leur maladie grave ou moyennement grave ont consulté un prestataire de soins. Parmi les répondants n'ayant pas perçu leur maladie comme grave, deux sur trois n'ont pas consulté. Les personnes qui ont déclaré que la maladie est grave ou moyennement grave ont une propension deux fois plus grande de consulter un prestataire de soins comparativement à celles qui déclarent que la maladie n'est pas grave ($RRa = 2,2$). La capacité à continuer les activités quotidiennes (qui est une autre mesure de gravité) montre que les personnes qui n'ont pas pu continuer leurs activités quotidiennes ont presque deux fois plus de chances de consulter un prestataire de soins comparativement à celles qui ont pu continuer leurs activités quotidiennes. De la même manière, plus le nombre de plaintes exprimées est élevé, plus grand est le risque de consulter un prestataire de soins. Ces observations suggèrent que la gravité perçue est un déterminant majeur du recours à un prestataire de soins lors d'un épisode de maladie. Plus la maladie est grave, plus les personnes sont contraintes à arrêter leurs activités courantes et plus grande est la probabilité qu'elles consultent. Ces résultats concordent avec ceux rapportés par d'autres auteurs tels que Colson (1971), Green (1985), Sauerborn et coll. (1989) et Haddad (1992).

- Certains symptômes; lorsque la personne se plaint de douleurs abdominales elle a plus de chances de consulter un prestataire de soins. En revanche, si elle se plaint de maux de tête, elle a plus de chances de pratiquer l'auto-traitement ou de

s'abstenir de toute action thérapeutique. Ceci réfère également à la gravité; en effet les douleurs abdominales sont généralement perçus comme étant graves alors que les maux de tête sont perçus comme non graves voir "banals".

Les caractéristiques liées à l'individu et à sa famille sont:

- L'âge; les enfants qui ont cinq ans ou moins consultent plus fréquemment un prestataire de soins que les enfants âgés de plus de cinq ans et les adultes. Cette utilisation plus élevée des jeunes enfants est rapportée également par Gesler (1979), Frankel (1984), Parker (1986), Kachirayan et coll. (1987), Caldwell et coll. (1989) et par Poland et coll. (1990). Ceci s'explique par le fait que culturellement, l'enfant occupe une place importante dans le ménage et cela dans toutes les sociétés. Rappelez-vous cette citation de Victor Hugo "Seigneur préservez-moi de ne jamais voir une ruche sans abeilles, une cage sans oiseau, une maison sans enfant". L'état plus fragile des enfants, qui sont par ailleurs plus exposés, ainsi que l'existence de nombreux programmes en leur faveur, expliqueraient également cette forte utilisation des services de santé.

Il faut cependant souligner que certaines études ne soutiennent pas cette hypothèse d'une plus grande utilisation des services de santé par les enfants. Par exemple, dans une étude réalisée au Burkina Faso, Sauerborn et coll. (1989), rapportent que 94 pour cent des enfants âgés de moins d'un an sont traités en famille. Ceci nous amène à penser que l'effet de l'âge sur le recours ou non à un prestataire de soins lors d'un épisode de maladie n'est pas toujours très clair. Si la

quasi-totalité des études rapportent une association entre l'âge et l'utilisation des services, le sens de cette association diverge d'une étude à l'autre.

- L'instruction; environ soixante pour cent des personnes instruites ont eu recours à un prestataire de soins au cours de l'épisode de maladie. Parmi les personnes non-instruites 55% n'ont pas consulté un prestataire de soins. La différence entre les deux groupes de malades est statistiquement significative ($\chi^2 = 14$, $p = 0,001$). La probabilité de consulter un prestataire de soins est plus grande chez les personnes instruites que chez les non-instruites ($RRa = 1,4$). Ces résultats sont conformes à ceux d'autres études selon lesquels le niveau d'instruction est positivement associé à l'utilisation des services de santé (Ben Youssef et Wessen, 1974; Fabrega, 1977; Kroeger, 1983; Abbas et Walker, 1986; Kloos, 1990 et Boerman, 1990).

- La possession de biens modernes est un indicateur du statut économique; plus une personne ou sa famille possède de biens modernes, plus la propension à s'adresser à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie est élevée. Les personnes qui ne possèdent aucun bien moderne ou appartenant à des familles qui ne possèdent pas de biens modernes ont plus de chances de s'abstenir de toute action thérapeutique ou de pratiquer l'automédication. De nombreuses études réalisées tant en Afrique qu'ailleurs en PED ayant examiné la relation entre le statut économique et l'utilisation des services de santé ont trouvé une association entre les deux (Fabrega, 1977; Gish, 1988; Bailey et Philips, 1990; Kloos, 1990; Waddington et Enyimayew, 1990; Fabricant et Camara, 1991; Haddad, 1992; Abel-Smith et Rawal, 1992; Haddad et Fournier, 1995). Dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, la disponibilité des

médicaments essentiels (dont les prix sont faibles par rapport à ceux des médicaments de marque) dans les formations sanitaires publiques devrait conduire à une meilleure utilisation de ces services. Nos résultats montrent que malgré la présence de médicaments essentiels, les pauvres n'ont pas accès au services. Autrement dit, le problème réside moins dans la somme à déboursier que dans le principe même de paiement. L'introduction du paiement direct des services (quel que soit le montant), conduit infailliblement à l'exclusion des personnes qui ne peuvent pas payer (les plus pauvres). Rappelons que l'IB n'impose pas un mode particulier de paiement, mais que la très grande majorité des politiques s'inspirant d'elle ont adopté le paiement direct.

- Le nombre de personnes malades dans la famille peut être considéré comme un "proxy" de la capacité à payer pour les soins. Plus le nombre de malades dans la famille augmente, moins on consulte un prestataire de soins (Tableau 43). La tendance est alors de pratiquer l'automédication y compris le recours direct à un fournisseur de médicaments. Ceci conforte la thèse de la relation existant entre la capacité de payer ou de mobilisation des ressources et le recours à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie.

- Deux autres facteurs sont associés au recours à un prestataire de soins. Il s'agit de la croyance en la dangerosité des médicaments modernes et de l'existence dans la famille d'une tradition de consultation des services de santé modernes en cas de maladie d'un des leurs. En effet, les personnes qui croient que les médicaments modernes sont dangereux consultent plus fréquemment un prestataire de soins en

cas de maladie comparativement à celles qui ne croient pas en leur dangerosité. Au contraire des résultats rapportés par certains auteurs (Haak, 1988; Price, 1989; ITHOG, 1991; Hunte et Sultana, 1992; OMS: Nyazema et coll., 1992), peu de personnes interrogées estiment que les médicaments modernes ne sont pas dangereux (Tableau 42). Lorsqu'il existe dans la famille une forte tradition de consulter les services de santé modernes, la personne malade a plus de chances de recourir aux services d'un prestataire de soins. Ceci traduit l'influence du groupe dans la prise de décision et le choix du prestataire. Cette décision relève généralement de la famille et du "groupe organisateur de thérapie" (Janzen, 1978; Abasiokong, 1981; Kroeger, 1983 et Touré, 1994).

Nous avons fait l'hypothèse que le recours à un prestataire de soins (public, privé moderne ou privé traditionnel) dépendait pour une part de la maladie (et particulièrement de sa gravité) et d'autre part des caractéristiques individuelles et familiales. Le recours à un prestataire de soins est d'autant plus fréquent (1) que la maladie est perçue grave; (2) que la personne concernée est instruite et de niveau socio-économique élevé; (3) que l'accès à ces prestataires est aisé. Tout ce qui précède supporte cette hypothèse. Nous pouvons cependant ajouter que le recours à un prestataire de soins est plus fréquent lorsque la personne malade croit en la dangerosité des médicaments modernes et lorsqu'il existe une tradition de consultation des services de santé modernes dans sa famille. La comparaison de sites ayant des niveaux de performance différents, mais où la disponibilité et l'accessibilité des fournisseurs de médicaments et des prestataires de services sont équivalentes (Koutiala vs Niono) ou inversement (Niono vs Gao) laisse à

penser que la revitalisation des formations sanitaires publiques n'influence pas le recours à un prestataire de soins lors de l'épisode. Ce dernier est surtout fonction de la disponibilité et de la densité des fournisseurs de médicaments et des prestataires de soins.

5.1.1.2 Utilisation des services de santé publics et privés

La grande majorité des personnes qui consultent un prestataire de soins s'adresse aux services de santé modernes (publics ou privés). Très peu ont recours aux thérapeutes traditionnels. Il y a probablement une sous-déclaration de l'utilisation des praticiens traditionnels comme c'est fréquemment le cas (Fassin et Brousselle, 1991; Haddad, 1992), les personnes ne souhaitant pas rapporter des comportements d'utilisation qu'elles pensent "illégaux" ou être mal reçus par leurs interlocuteurs (Haddad, 1992). Aussi doit-on être prudent dans l'interprétation de ce résultat. L'utilisation des services de santé publics est globalement plus importante que celle des services de santé en pratique privée (Tableau 11). Il existe toutefois des disparités importantes entre les différents sites d'étude. A Niono par exemple, les services de santé publics sont deux fois plus utilisés qu'à Koutiala. La différence entre les deux sites est statistiquement significative ($p = 0,00$). En revanche l'utilisation des services de santé en pratique privée est trois fois plus importante à Koutiala qu'à Niono. Cependant les deux sites sont comparables au point de vue de l'offre (la comparabilité est quantitative) des médicaments et des services (très concurrentielle). La grande différence réside dans le fait que les formations sanitaires publiques sont revitalisées (disponibilité de médicaments essentiels, recouvrement

direct des coûts, formations, supervisions régulières etc.) à Niono et qu'elles ne le sont pas à Koutiala. Tout se passe comme si une partie de la demande portant sur les services de santé en pratique privée à Koutiala se reporte à Niono sur les services de santé publics (fig. 4). Cet état de fait pourrait s'expliquer par une meilleure performance des formations sanitaires publiques à Niono qu'à Koutiala. Le même phénomène s'observe entre les sites de Koutiala et de Gao où les services de santé publics sont également de meilleure performance comparativement à ceux de Koutiala.

Ainsi dans les sites où les formations sanitaires publiques sont revitalisées (en l'occurrence Niono et Gao), il apparaît un phénomène de transfert de la demande de soins des services de santé en pratique privée vers les services de santé publics. Plusieurs études (Heller, 1982; Mwabu, 1986; Kloos et coll., 1987; Vogel, 1988; Haddad, 1992) ont rapporté des phénomènes de transfert de la demande des soins des services de santé publics vers les services privés particulièrement en raison de la mauvaise qualité des services offerts dans le public. Ce que nous observons pourrait s'expliquer par une amélioration substantielle de la qualité des services, (en l'occurrence la disponibilité des médicaments qui nous l'avons vu est un élément important de la qualité perçue) dans les formations sanitaires publiques.

La comparaison entre Niono et Gao (deux sites qui sont revitalisés) montre que l'utilisation des services de santé publics n'est pas statistiquement différente ($p = 0,098$) et ce malgré les différences fort appréciables qui existent entre les deux sites en termes d'offre de médicaments et de services. Ceci pourrait s'expliquer par le

niveau de concurrence qui est faible à Gao (moins de prestataires de soins privés, moins de fournisseurs informels de médicaments etc.) comparativement à Niono. Cette quasi absence de concurrence à Gao renforce nous l'avons déjà dit, la demande qui s'exerce au niveau des services de santé publics de cette localité. D'autres éléments comme le "marché" (marché ouvert vs marché fermé)¹⁵ renforcent le rôle de la concurrence sur l'utilisation des services de santé publics. En effet lorsque le marché est fermé (moins de prestataires de soins privés, moins de fournisseurs informels de médicaments donc moins de concurrence) les personnes malades ont presque trois fois plus de chances d'utiliser les services de santé publics que lorsque le marché est ouvert (plus de concurrence). Autrement dit, dans un contexte d'offre de médicaments et de soins rationnée (marché fermé), les formations sanitaires publiques (qui sont en situation de quasi-monopole) sont largement utilisées.

Les autres facteurs associés à l'utilisation des services de santé publics et privés sont la gravité de la maladie, la position de la personne malade dans le ménage, son opinion sur la qualité des médicaments vendus dans le système et les symptômes ressentis. Lorsque la maladie est perçue grave, les chances de recourir aux formations sanitaires publiques sont plus élevées.

¹⁵ On réfère à la définition de marché ouvert et fermé dans le chapitre définition.

Ceci pourrait être perçu comme une marque de confiance dans les formations sanitaires publiques. Certains auteurs (Heller, 1982; Sauerborn et coll., 1989) rapportent en effet que le recours à des dispensateurs de plus en plus qualifiés augmente avec le statut socio-économique et la gravité ressentie. L'absence dans les services de santé en pratique privée de certaines prestations comme les hospitalisations, la chirurgie et la radiologie, qui sont généralement associées à la gravité peut également être un facteur explicatif. La consultation médicale est très souvent la seule activité pratiquée par ces prestataires. Les formations sanitaires publiques détiennent de ce fait pratiquement le "monopole" des hospitalisations et des actes chirurgicaux qui, nous le rappelons, sont associés à la gravité.

Nos résultats concordent avec ceux de plusieurs études qui soutiennent que lorsque la maladie est estimée grave, on s'adresse aux formations sanitaires modernes (Hielscher et Sommerfield, 1985; Green, 1985; Wolffers, 1988; Sauerborn et coll., 1989) et plus particulièrement aux plus qualifiées (Haddad, 1992). Cependant compte tenu des caractéristiques particulières des services de santé privés existant dans les sites de notre étude et des explications qui précèdent, une certaine prudence serait de mise dans l'interprétations de ces résultats.

Les chefs de famille consultent moins les services de santé publics comparativement aux autres membres de la famille. Des questions d'accessibilité organisationnelle des services de santé publics et de coûts d'opportunité pourraient expliquer ce phénomène. Les heures d'ouverture et de fermeture des formations sanitaires

publiques ne sont peut-être pas adaptées aux contraintes des chefs de famille. Alors il leur est plus facile de consulter un prestataire de soins privé qui est plus accessible.

Lorsque la personne malade est convaincue que les médicaments qui sont vendus dans les formations sanitaires publiques sont de bonne qualité, elle les utilise plus. Ceci est normal, la disponibilité des médicaments étant considérée comme l'une des principales raisons de consultation (Jarrett et Ofusu, 1992). Rappelons que les médicaments disponibles dans les formations sanitaires publiques présentent un autre avantage de taille, celui d'être des médicaments génériques en dénomination commune internationale. Ils sont par conséquent moins chers comparativement aux médicaments de marque mais moins appréciés, ce qui confère un inconvénient.

Plusieurs études (Ben Youssef et Wessen, 1974; Kloos et coll., 1987), rapportent une plus grande utilisation des services de santé publics lorsque le revenu ou le statut socio-économique est faible. En revanche, lorsque le revenu s'accroît la demande vers les services privés a tendance à s'accroître (Heller, 1982; Habib et Vaughan, 1986; Fassin et coll., 1988). Nous n'avons pas retrouvé un phénomène pareil, probablement à cause de l'introduction du recouvrement des coûts et de la disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques avec comme résultante une amélioration de la qualité des services offerts. La seconde explication probable pourrait être la situation des services de santé en pratique privée dans les sites de l'étude, qui nous le rappelons, ne fournissent pas certaines prestations importantes et sont souvent dirigés par des infirmiers plutôt que par des médecins.

Les différents résultats confirment nos hypothèses de départ selon lesquelles: 1) quand des médicaments sont disponibles dans le système public et bien que les services soient payants, on y a plus fréquemment recours que dans le cas où les services publics sont gratuits mais que les médicaments ne sont pas disponibles; 2) toutes choses étant égales, le recours à des prestataires de services de santé modernes en pratique privée et aux thérapeutes traditionnels est plus important quand le système de santé public est déficient, qu'il ne dispose pas de médicaments et que le nombre de prestataires privés est important. Il convient de souligner que l'augmentation du recours aux services de santé publics se fait par un glissement de la demande de soins en leur faveur, des services de santé modernes en pratique privée et des thérapeutes traditionnels. Lorsque le marché est de type "fermé", les formations sanitaires publiques détiennent une quasi-monopole de l'offre et sont par conséquent utilisés.

Les résultats confirment également notre modèle conceptuel. Ils montrent que le choix de la ressource lors d'un épisode de maladie (premier niveau d'utilisation) est fonction des caractéristiques individuelles, de celles liées à la maladie et aux services de santé. Ces caractéristiques peuvent influencer directement le choix de la ressource mais également de façon indirecte au travers des croyances, des attitudes et des comportements de santé de l'individu et de sa famille. Dans notre étude nous n'avons pas testé toutes les caractéristiques figurant dans le modèle ni toutes les relations existantes comme celle entre les caractéristiques individuelles et les croyances, attitudes et comportement de santé de la famille, mais nous n'avons pas de raison de penser que celles qui ont été utilisées diffèrent significativement de

celles qui ne l'ont pas été. Dans les paragraphes qui suivent, nous allons vérifier les facteurs qui sont associés à l'utilisation proprement dite du médicament moderne (deuxième niveau d'utilisation) et nous verrons là aussi si notre modèle conceptuel est valide.

5.1.2 Utilisation des médicaments modernes

5.1.2.1 Utilisation globale

La grande majorité des personnes ayant présenté un épisode de maladie au cours des deux semaines précédant l'enquête ont utilisé à un moment ou un autre, des médicaments modernes. L'importance de l'utilisation des médicaments modernes est indépendante du site et du marché (pas de différence statistiquement significative entre les sites). De nombreuses études réalisées sur l'utilisation des médicaments modernes confirment cette importance (Hardon, 1987; Haak, 1988; Price, 1989; Tomson et Weerasuriya, 1990; Unicef: Ofori-Adjei et coll., 1990; Bush et Hardon, 1990; Hardon et coll., 1991; Haddad et Fournier, 1992; Wolff, 1993). La gravité de la maladie et la capacité de la personne à poursuivre ses activités quotidiennes ne semblent pas liées à l'utilisation des médicaments modernes, mais en fait, leurs effets sont selon toute probabilité, médiés par la consultation d'un prestataire de soins car, nous l'avons vu, ce dernier est fortement associé à la gravité (plus la maladie est perçue grave, plus on a recours à un prestataire de soins).

Lorsque le système public est revitalisé, les personnes malades consomment moins les médicaments modernes que lorsque le système n'est pas revitalisé (RRa = 0,64). Les règles de prescription et de délivrance des médicaments imposées dans un système revitalisé ainsi que les formations et les supervisions du personnel de santé expliquent dans une certaine mesure, cette faible utilisation. En revanche le fait de consulter un prestataire de soins modernes augmente les chances de consommation. Ceci s'explique par le fait que la consultation de ce type de prestataire aboutit systématiquement à une prescription, ce qui n'est pas le cas pour les autres pratiques. En effet les personnes qui ne consultent pas un prestataire de soins modernes vont soit s'abstenir de tout traitement (donc de toute consommation de médicaments modernes ou traditionnels), soit consulter un thérapeute traditionnel, mais là aussi les chances de consommer des médicaments modernes sont faibles (même s'il semble que de plus en plus de thérapeutes utilisent des médicaments modernes dans leurs pratiques), soit enfin pratiquer l'auto-traitement (avec des médicaments modernes mais aussi des médicaments traditionnels).

La possession de biens modernes (qui traduit la capacité de payer) est également un facteur associé à la consommation des médicaments modernes. Moins les gens possèdent de biens modernes moins la propension à consommer des médicaments modernes est élevée. En effet, le coût des médicaments modernes tout comme celui des services de santé est considéré dans plusieurs études comme un obstacle à leur utilisation (Wahid, 1984; Waddington et Enyimayew, 1990; Fabricant et Kamara, 1991; Haddad et Fournier, 1995). Il convient de souligner que l'effet de cette variable sur l'utilisation des médicaments modernes est double. Elle possède un effet

à la fois, direct sur l'acquisition des médicaments et indirect au travers de la consultation d'un prestataire de soins modernes (voir "facteurs associés au recours à un prestataire de soins"). Contrairement à la "gravité" son effet n'est pas complètement médié par la "consultation".

Pour des symptômes assez courants et pour lesquels les médicaments sont moins coûteux, comme la fièvre ou le mal de tête, les médicaments modernes sont plus fréquemment utilisés. Ces symptômes sont généralement considérés comme non graves et sont traités par automédication. En revanche, lorsque le nombre des plaintes exprimées augmente, on utilise moins les médicaments modernes. Ceci s'explique par l'augmentation du coût total des médicaments à acquérir. De la même manière, lorsqu'une personne malade vit dans une famille qui n'a pas une habitude d'utilisation des médicaments modernes, la propension à utiliser les médicaments modernes est moindre.

Ces résultats confortent une fois de plus notre cadre conceptuel selon lequel les croyances, les attitudes et les comportements de l'individu et de sa famille ont un impact sur l'utilisation des services et des médicaments.

Nous avons fait l'hypothèse que l'instruction était associée à la consommation des médicaments modernes. Nous n'avons pas trouvé un tel lien. Ceci s'explique peut-être par notre façon d'opérationnaliser la variable "instruction". Dans notre étude, plus du tiers des personnes malades sont des enfants n'ayant pas encore l'âge scolaire. Nous avons de ce fait attribué à ces enfants le statut éducationnel du chef de famille.

5.1.2.2 La consommation d'antibiotiques

Près d'une personne sur quatre a acquis et consommé des antibiotiques au cours de l'épisode de maladie. Cette consommation est statistiquement moindre à Niono comparativement à Koutiala. En revanche, il n'y a pas de différence entre Gao et Koutiala, tout comme entre Niono et Gao. La revitalisation du système public (comprenant des mesures de rationalisation de la prescription) ne semble pas influencer la consommation d'antibiotiques. La densité des fournisseurs de médicaments et des prestataires de soins ne semble pas non plus déterminante (pas de différence entre marchés ouvert et fermé).

L'utilisation abusive des antibiotiques est rapportée dans plusieurs études (Greenhalgh, 1987; Hogerzeil et coll., 1993; OMS, 1993; Trostle, 1996; Calva, 1996). L'importance de l'irrationalité de la prescription en Afrique (Naja et coll., 1988) est un déterminant majeur de la consommation abusive des antibiotiques. Nos résultats confirment en effet que la propension à consommer des antibiotiques au cours de l'épisode de maladie augmente de façon sérieuse avec le recours à un prestataire de soins modernes (public ou en pratique privée). Cette utilisation importante des antibiotiques serait-elle liée à la gravité des cas reçus ou au désir des professionnels de sauver leur prestige par la recherche d'une guérison rapide ou enfin à leur volonté de faire plaisir aux patients en accédant à leurs demandes d'antibiotiques ? Nous pensons que l'explication la plus plausible du phénomène réside dans une combinaison de tous ces facteurs. Cependant, il convient de reconnaître que l'irrationalité de la prescription n'est pas la seule raison de la consommation

importante des antibiotiques. La vente libre de ces derniers par le canal des vendeurs informels et même de certains fournisseurs formels pourrait également expliquer cette consommation (18% des personnes ayant consommé des antibiotiques, n'ont consulté aucun prestataire de soins, tableau 13).

Les enfants âgés de cinq ans et moins consomment plus fréquemment des antibiotiques que les adultes et les enfants âgés de plus de cinq ans. Les affections fréquemment rencontrées chez les enfants de cinq ans et moins sont la toux, la bronchite et les diarrhées. Ces affections sont très généralement traitées, tant par les parents que par les prestataires de soins, à l'aide d'antibiotiques.

On devrait s'attendre à ce que la variable "gravité" soit dans le modèle. Si tel n'est pas le cas, c'est probablement parce que ses effets sont médiés par la variable "consultation d'un prestataire de soins modernes" (on a vu que lorsque la maladie est grave, on s'adresse plus à un prestataire de soins modernes). Les affections mineures telles que la fièvre et les maux de tête sont moins associées à l'utilisation d'antibiotiques.

5.1.2.3 La consommation des produits injectables

Un cinquième des personnes qui ont consommé des médicaments modernes au cours de l'épisode de maladie a utilisé une forme injectable. Cependant cette proportion varie fortement d'un site à l'autre. Toutes choses étant égales et Koutiala étant la référence, la consommation de produits injectables est plus grande dans les

sites où le système de santé public a été revitalisé. Cette situation peut a priori paraître paradoxale. Elle est toutefois explicable. Niono est une zone d'irrigation où les moustiques existent toute l'année; en plus il n'y a aucun système d'évacuation des eaux usées. Ces deux éléments font que Niono est une zone d'hyperendémicité palustre toute l'année. Le traitement de prédilection pour le paludisme au Mali comme dans beaucoup d'autres pays en Afrique est le quinimax® sous forme injectable. Il faut également noter que les "colons"¹⁶ aiment se faire de temps en temps, particulièrement au début de l'hivernage, une "bonne injection" pour ne pas tomber malade au moment des cultures.

Gao est une zone de syphilis endémique et de pian. Autrefois de grandes campagnes de traitement contre ces maladies étaient organisées. Le traitement préférentiel utilisé au cours de ces campagnes de masse étaient la "benzantine pénicilline" (extencilline®) sous forme huileuse. Les résultats spectaculaires obtenus avec ces campagnes de masse ont sans doute rendu les injections très populaires dans cette région. Il est également à noter que dans les deux sites les répondants déclarent préférer les injections aux autres formes de médicaments (à Niono plus d'une personne sur quatre et à Gao plus d'une personne sur cinq déclarent qu'elles préfèrent les injections) (Tableau 39). Il se trouve que ces deux sites sont ceux où les systèmes de santé publics ont été revitalisés.

¹⁶ C'est le nom donné aux paysans; au moment de la colonisation, des familles entières venues de tous les pays d'Afrique de l'Ouest ont été installées à Niono par les pouvoirs publics dans le but de développer la culture du coton et qui a été remplacée par la suite par la culture du riz.

L'importance de la consommation des injections dans ces sites est-elle due à la revitalisation de leurs systèmes publics ou tout simplement au poids de la culture et de la croyance populaire? On sait que plusieurs études réalisées tant en Afrique qu'ailleurs en pays en développement décrivent la popularité des injections et le poids de la culture et des croyances populaires dans cette popularité (Nichter, 1980; Kleinman, 1980; Reeler, 1990; Wyatt, 1992; Gilson et coll., 1994).

Plus que la revitalisation des formations sanitaires publiques, le recours à un prestataire de soins de santé modernes semble être le principal déterminant de la consommation des injections (le risque relatif est égal à 25,8 pour une personne qui consulte une formation sanitaire publique et 15,6 pour celle qui consulte un prestataire de soins modernes en pratique privée). Malgré la popularité des injections, rares sont les personnes qui vont directement acheter des produits injectables pour l'automédication. Leur utilisation est presque toujours subséquente à une prescription. A Niono par exemple, malgré l'existence de mesures visant à rationaliser la prescription (formations de personnel, supervisions régulières, suivi, etc.), on voit que plus du tiers des personnes qui ont consulté dans les formations sanitaires publiques ont consommé des produits injectables. Nous n'avons pas exploré les raisons qui expliqueraient ce phénomène. Cependant, plusieurs écrits soutiennent que les prescripteurs, particulièrement en Afrique et dans les pays en développement, "se soucient moins de répondre aux normes biomédicales qu'aux demandes des patients et de sauvegarder leur prestige" (Reeler, 1990; Mnyika et Killewo, 1991; Paredes, 1996). Autrement dit les prescripteurs accèdent plus souvent aux demandes d'injections des clients qui, pour une multitude de raisons, préfèrent

les injections. Ce phénomène pourrait expliquer que la consommation des injections soit très fortement associée au recours à un prestataire de soins modernes.

Les enfants âgés de cinq ans et moins consomment moins d'injections (presque trois fois moins que les adultes et les enfants âgés de plus de cinq ans). Ceci s'explique par le fait que la plupart des médicaments pour les enfants existent sous forme de sirop et que la croyance populaire veut que l'utilisation d'injections chez les enfants peut conduire à des paralysies des membres inférieurs, ce qui n'est d'ailleurs pas spécifique aux enfants. Très généralement l'utilisation de produits injectables chez les enfants est une solution de dernier recours.

Les injections sont d'autant plus utilisées que la personne malade se plaint de mal de tête, que le nombre de plaintes exprimées est élevé et que le nombre de malades dans le ménage est également élevé. Ces deux dernières associations pourraient s'expliquer par une volonté des personnes malades et de leur entourage ainsi que du personnel soignant de trouver une solution accélérée au problème. Le mal de tête est un symptôme fréquemment associé au paludisme qui, nous l'avons déjà dit, est très souvent traité par des formes injectables.

5.1.2.4 La consommation des produits génériques et de médicaments de marque.

Les utilisateurs de médicaments modernes peuvent au cours de l'épisode de maladie, consommer des génériques, des médicaments de marque ou les deux.

Près de soixante pour cent des personnes qui ont consommé des médicaments modernes au cours de l'épisode de maladie ont utilisé au moins un médicament générique.

Lorsqu'on compare les personnes qui ont consommé uniquement des génériques à celles qui n'ont utilisé que des médicaments de marque, on constate que toutes choses étant égales par ailleurs, la consommation de générique est plus importante dans les sites où le système de santé public a été revitalisé. On observe néanmoins un niveau d'utilisation appréciable de génériques dans tous les milieux de l'étude (Tableau 15). La disponibilité des médicaments essentiels sous forme génériques dans les formations sanitaires publiques revitalisées aurait-elle une influence sur le marché local des médicaments et amené les autres fournisseurs (pharmacies privées et vendeurs informels) à s'ajuster? Ceci nous paraît plausible. L'usage des génériques est significativement moins fréquent chez les personnes ayant eu recours à un prestataire de soins modernes. Il est particulièrement moins important chez les utilisateurs des services de santé modernes privés, probablement en raison des pratiques de prescription orientées, dans le secteur privé, plutôt vers les médicaments de marque. Il faut cependant reconnaître que le générique est assez présent même dans le privé où près de la moitié des consultants ont consommé soit plus de génériques que de médicaments de marque, soit autant de génériques que de médicaments de marque (Tableau 15).

La consommation de génériques est également moins fréquente lorsque la maladie est grave ou moyennement grave. Dans un pareil cas, on utilise plutôt des

médicaments de marque. Ceci pose la question de la confiance qu'ont les populations et surtout les prescripteurs dans l'efficacité des génériques (effet "qualité attendue"). Pour les prescripteurs s'agit-il simplement d'une question de confiance ou s'agit-il d'un problème de mentalité? Le succès de l'Initiative de Bamako passe par la réponse à cette question. Les mesures prises dans le cadre de la revitalisation des systèmes publics (organisation de formation à la prescription rationnelle, suivi-supervision, disponibilité de médicaments sous forme générique) sont-elles suffisantes pour obtenir un changement de comportement des prescripteurs? Ne faudrait-il pas envisager des mesures plus profondes telles que la révision des cursus de formation des différents professionnels (médecins, infirmiers et sages-femmes)? Il faudrait peut-être aussi mettre plus l'accent sur l'information et l'éducation des usagers. Ce dernier aspect n'a pas suffisamment retenu l'attention dans la mise en œuvre de l'IB (en tout cas pas sur le terrain).

Au titre des autres déterminants, l'utilisation des génériques augmente avec des plaintes courantes comme la fièvre ou la diarrhée, sans doute parce que l'on traite le plus souvent ces plaintes sans s'adresser à un professionnel avec des médicaments tels que l'acide acétylsalicylique, la chloroquine, le paracétamol ou même la tétracycline que l'on peut facilement trouver sous forme générique sur le marché locale. En conclusion on pourrait dire que le générique a pénétré le marché même si pour l'heure les préférences des consommateurs vont plus aux médicaments de marque qui sont par ailleurs les plus prescrits par les professionnels. Un travail de "marketing" auprès des consommateurs et de formation auprès des professionnels devrait s'efforcer d'inverser la tendance actuelle.

5.1.2.5 Le nombre de médicaments acquis et consommés

Plus de la moitié des personnes malades ont acquis et consommé plus d'un médicament au cours de l'épisode de maladie. Le nombre maximal de médicaments acquis et consommés est de sept et le nombre moyen est d'environ deux (1,9). Ces chiffres ne sont pas significativement plus faibles dans les sites où des mesures visant à rationaliser la prescription et l'usage des médicaments ont été mises en place (RRa = 0,97, p = 0,77). Ces résultats diffèrent de ceux d'autres études réalisées au Mali selon lesquelles la moyenne des prescriptions compte dix médicaments (Foster, 1991). Ils sont en revanche, conformes à ceux d'autres études réalisées ailleurs en pays en développement selon lesquelles le nombre moyen de médicaments par prescription varie entre 1,3 et 5 (Paredes et coll., 1996; Anthony et coll., 1988). Les personnes ayant consulté dans les formations sanitaires publiques de Gao n'ont consommé ni plus ni moins de médicaments que celles ayant consulté dans les formations sanitaires publiques de Niono. De la même manière le marché (qu'il soit ouvert ou fermé) n'a pas d'effet sur le nombre de médicaments acquis.

On consomme plus de médicaments lorsqu'on consulte un prestataire de soins modernes. Il n'y a pas de différence significative entre services de santé publics et services de santé en pratique privée. Ceci s'explique probablement par le fait que la consultation d'un prestataire de soins modernes est automatiquement associée à la délivrance d'une ordonnance. Le peu de moyens diagnostiques au niveau des prestataires de soins modernes conduit généralement à un traitement

symptomatique (qui consiste à prescrire un médicament pour chaque symptôme) plutôt qu'à un traitement basé sur un diagnostic précis.

Le nombre de médicaments consommés est également plus important lorsque le nombre de plaintes exprimées augmente et lorsqu'on n'a pas pu continuer ses activités quotidiennes. Ces variables traduisent l'expression d'une gravité ressentie et la consommation d'un nombre plus élevé de médicaments pourrait s'expliquer par une volonté des personnes malades et de leur entourage de trouver une solution rapide au problème. Il faut remarquer que l'effet de la gravité n'est pas complètement médié par le recours à un prestataire de soins modernes. Enfin les enfants âgés de cinq ans et moins consomment également plus de médicaments. Traditionnellement toutes les maladies survenant chez les enfants à cet âge sont souvent considérées comme graves compte tenu du fait qu'il est difficile de savoir ce dont ils souffrent.

Ces constatations donnent à penser que lors d'un épisode de maladie, ni la revitalisation du système public, ni la densité de l'offre de prestataires de soins et de fournisseurs de médicaments n'ont d'effets sur le nombre de médicaments acquis et consommés. Ce dernier est essentiellement fonction du recours à un prestataire de soins modernes et de la gravité de la maladie.

5.1.2.6 L'observance du traitement

Les effectifs très réduits n'ont pas permis de procéder à une modélisation logistique. La présente discussion ne porte donc que sur les résultats des analyses bivariées (Tableau 17). Conformément aux résultats de beaucoup d'autres études réalisées en Afrique et ailleurs dans les pays en développement (Bledsoe et Goubaud, 1985; Fournier et Haddad, 1991; Foster, 1991; OMS, 1992), nos résultats montrent que l'observance du traitement est faible. Six pour cent seulement des personnes qui n'étaient pas sous médication au moment de notre passage sont allés au terme de leur traitement. A Niono, cette proportion atteint huit pour cent mais elle n'est pas significativement plus importante que dans les deux autres sites. La faible observance s'explique à notre sens par la pauvreté. Les personnes malades arrêtent le traitement dès qu'apparaissent des signes d'amélioration de l'état de santé et gardent le reste des médicaments soit pour un épisode ultérieur soit pour le stock familial. Là aussi la revitalisation du système public ne semble pas affecter l'observance du traitement.

Il faut cependant souligner qu'il peut y avoir un biais de sélection. Le délais de rappel utilisé (deux semaines précédent l'enquête) ne permet de prendre en compte que les personnes dont la maladie a été la plus courte ou la moins grave. Ces résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Les différents résultats obtenus confirment la solidité de notre cadre conceptuel. Ils nous montrent que l'utilisation du médicament (nature, forme et quantité

consommé) dépend du recours thérapeutique mais aussi des pratiques de prescription, de vente et des caractéristiques liées à l'individu, à la maladie et aux services de santé.

Nous avons émis une hypothèse selon laquelle la mise en œuvre dans le secteur public de mesures visant à rationaliser la prescription conduit à : 1) une réduction du nombre de médicaments acquis et consommés; 2) un recours moins fréquent aux injections; 3) une diminution de la prescription et de la consommation d'antibiotiques; 4) une plus grande consommation de médicaments génériques et 5) une meilleure observance du traitement. Les résultats obtenus ne nous permettent pas d'apporter des réponses univoques à ces questions. Si pour certains indicateurs comme la consommation de génériques, la différence est nette entre les sites où le système public est revitalisé et celui où il ne l'est pas, pour bon nombre d'entre eux, la différence n'est pas significative. Si l'on observe les tendances qui se dessinent on peut raisonnablement penser qu'il s'agit d'une question de temps. En effet, on sait que les changements de comportement des individus sont longs à obtenir. Les habitudes de prescription et de consommation acquises depuis fort longtemps nécessitent du temps pour être changées.

5.1.2.7 Source d'acquisition des médicaments

La principale source d'acquisition des médicaments modernes est la famille. Elle représente plus des deux tiers des médicaments acquis et consommés par les personnes malades. Cela dénote la solidarité et le poids de la famille dans la

recherche des solutions en cas de maladie. L'absence d'une couverture d'assurance maladie est en fait compensée par une grande solidarité au sein de la famille.

Le secteur informel occupe une place importante dans l'approvisionnement en médicaments même dans les sites où les formations sanitaires publiques disposent de médicaments sous forme générique. L'accès aux médicaments génériques des formations sanitaires publiques étant lié à une consultation préalable et payante, les personnes, pour des affections mineures, vont probablement s'adresser directement aux fournisseurs informels ou aux pharmacies privées qui, comme nous l'avons déjà souligné disposent également des médicaments sous forme générique. L'accès plus facile (les médicaments sont disponibles dans les marchés et dans les boutiques; les vendeurs informels se promènent de concession en concession et même sur les lieux de travail pour proposer des médicaments) et la possibilité d'achat à crédit peuvent également expliquer le succès du secteur informel.

Les pharmacies et dépôts privés constituent après la famille la principale source d'acquisition des médicaments modernes. Même à Niono le tiers des médicaments acquis provient des pharmacies et dépôts privés. Nous pensons que ceci s'explique par plusieurs raisons:

- (1) la disponibilité sous forme de génériques, de beaucoup de médicaments couramment utilisés comme le paracétamol, la chloroquine, l'acide acétyl salicylique et la tétracycline dans les pharmacies et dépôts privés;

- (2) la confiance et la préférence des gens vont aux médicaments de marque; on l'a vu, plus de deux répondants sur trois déclarent préférer les médicaments en boîte (médicaments de marque). Seulement 6% disent préférer les médicaments sans boîtes (génériques) (Tableau 40);
- (3) malgré la disponibilité des médicaments génériques dans les formations sanitaires publiques, le personnel de santé continue de prescrire des médicaments de marque; précisons que ces ordonnances vont être délivrées dans les pharmacies et dépôts privés.
- (4) le paiement des consultations constitue une barrière à l'accès aux médicaments des formations sanitaires publiques (beaucoup de personnes se disent en accord pour payer les médicaments mais elles ne le sont pas pour payer les consultations et elles préfèrent s'adresser à d'autres prestataires de soins tant que la maladie n'est pas perçue grave);
- (5) l'accessibilité des formations sanitaires publiques (heures d'ouverture et de fermeture fixes qui ne conviennent pas toujours à tout le monde) pourrait expliquer que certains achats qui auraient pu s'y faire soient reportés sur les pharmacies et dépôts privés.

Toutes choses étant égales, la consultation d'un prestataire de soins modernes est une condition préalable à l'acquisition de médicaments dans les centres de santé. Les personnes qui ne consultent pas n'ont donc théoriquement aucune chance

d'avoir les médicaments du centre. Elle devront acheter les médicaments soit dans les pharmacies et dépôts privés soit dans le secteur informel.

Si les formations sanitaires publiques constituent une part importante des sources d'approvisionnement en médicaments modernes à Niono (le tiers des médicaments acquis proviennent des centres de santé publics), il n'en est pas de même à Gao. Les nombreuses et fréquentes ruptures de stocks que connaît ce système expliquent sans doute cette situation. A Koutiala ce sont plutôt les pharmacies et dépôts privés qui sont, au même rang que la famille, les principaux fournisseurs de médicaments modernes.

L'achat des médicaments au centre de santé est également lié à la confiance que l'on a dans la qualité des médicaments qui s'y trouvent. La propension à acquérir les médicaments au centre de santé est plus grande lorsqu'on est convaincu de leur qualité. En revanche la probabilité d'acheter les médicaments dans les pharmacies et dépôts privés est plus grande lorsque la maladie est perçue grave. Ce sont essentiellement des médicaments de marque (qui n'existent pas dans les centres de santé) que l'on va chercher dans les pharmacies et dépôts privés. Cela dénote la confiance qui est accordée aux médicaments de marque.

Enfin, plus les personnes sont d'un statut socio-économique élevé plus elles vont acheter les médicaments dans les pharmacies et dépôts privés. On peut se demander si les prescriptions ne sont pas faites parfois en fonction du pouvoir

d'achat des patients; on prescrit des médicaments de marque (plus chers) aux riches et des génériques aux moins riches.

Ces différents résultats confirment en partie notre hypothèse de départ selon laquelle, quand les formations sanitaires publiques disposent de médicaments génériques à bas prix, elles constituent une source d'acquisition relativement importante de médicaments modernes; en revanche lorsqu'elles n'en disposent pas, ce sont les pharmacies et les vendeurs du secteur informel qui sont les principaux fournisseurs de médicaments.

5.1.2.8 Le coût des médicaments

Le coût d'acquisition des médicaments est plus élevé lorsque la personne consulte un prestataire de soins modernes. Deux raisons peuvent expliquer cela: 1) un grand nombre de prescripteurs continuent de prescrire des médicaments de marque y compris dans les sites où les formations sanitaires publiques disposent de médicaments sous forme générique; 2) les prescripteurs dans les formations sanitaires publiques revitalisées prescrivent la cure complète alors qu'en cas d'auto-traitement les gens vont souvent acheter par unité selon leur capacité financière.

La probabilité de payer un coût élevé pour acquérir des médicaments est plus grande lorsque le nombre de médicaments acquis augmente et lorsque la personne malade consomme des antibiotiques ou des injections. Ceci se comprend car il s'agit là de variables directement reliées aux prix. Les prix des antibiotiques et des injections

sont habituellement élevés. De la même manière, plus le nombre de médicaments est élevé, plus le coût est élevé. Le coût augmente également lorsque la maladie est grave, ou lorsque la personne malade ou sa famille possède des biens modernes. En revanche, lorsqu'on consomme des médicaments génériques ou lorsqu'on se plaint de fièvre, le coût est moins élevé.

Le coût des médicaments acquis lors de l'épisode morbide est significativement plus faible à Niono qu'à Koutiala et à Gao. Ceci introduit un effet site, qui ne s'explique que par une différence de prix des médicaments. En effet, un sondage effectué auprès de différents fournisseurs de médicaments dans les trois sites montre que les prix de certains médicaments (essentiellement les médicaments de grande consommation), sont plus élevés à Gao et à Koutiala comparativement à Niono (annexe 5).

En revanche malgré la disponibilité des médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques de Gao, le coût des médicaments acquis ne diffèrent pas de celui de Koutiala. La raison est la même que précédemment : les prix des médicaments sont globalement comparables dans les deux sites.

Notre hypothèse de départ stipule que le coût d'acquisition des médicaments par les utilisateurs des services de santé publics disposant de médicaments génériques est moindre que celui payé par les utilisateurs des formations sanitaires publiques n'ayant pas de médicaments. Si le coût des médicaments acquis à Niono est effectivement moindre que celui des médicaments acquis à Koutiala, la différence

n'est pas significative entre Gao et Koutiala. Ces résultats conduisent à dire qu'il ne suffit pas d'avoir des médicaments génériques pour que le coût diminue. Lorsque les prix des médicaments sont élevés (souvent les génériques sont vendus au prix des médicaments de marque), les coûts augmentent.

5.2 Limites de l'étude

Le devis utilisé est celui d'une étude corrélationnelle, qui permet d'investiguer statistiquement des relations entre des variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes. Elle permet d'établir des associations entre la variable dépendante et les différentes variables indépendantes qui sont rentrées dans le modèle. Elle ne permet cependant pas d'établir des relations de causalité due au fait que la relation temporelle entre la mesure des variables indépendantes et celle des variables dépendantes ne peut être établie.

Les ajustements de deux de nos modèles sont de qualité moyenne. Il s'agit du modèle sur les facteurs associés à la consommation des génériques et des médicaments de marque et celui sur les facteurs associés au nombre de médicaments acquis. Les résultats concernant ces deux modèles doivent être interprétés avec prudence.

Certes, nous avons pris des modèles de soins diversifiés, mais il n'en demeure pas moins que les systèmes choisis ne constituent pas l'intégralité des situations. Ceci constitue une limite.

Les résultats obtenus, bien qu'ils soient extrapolables dans plusieurs régions en Afrique doivent être interprétés en tenant compte des contextes. Il convient de rappeler que le cadre de l'étude, soit un milieu rural avec une population essentiellement active dans les secteurs primaires de l'économie (agriculture, élevage, pêche, forêt et artisanat), constitue le cadre de vie de la majorité des populations en Afrique.

Conclusions et recommandations

Au terme de ce travail un certain nombre de constats s'imposent.

Le recours à un prestataire de soins

Les personnes qui n'entreprennent aucune action thérapeutique sont très peu nombreuses; leur proportion est pratiquement identique dans tous les sites. L'automédication est un phénomène important, elle touche environ une personne malade sur trois. Ainsi près d'une personne sur deux ne recourt à aucun prestataire de soins modernes ou privés lors d'un épisode de maladie. La revitalisation des formations sanitaires publiques, disposant de médicaments essentiels sous forme générique n'influence pas cet état de fait.

D'une façon générale les différentes observations donnent à penser que les pratiques d'automédication et de recours ou non à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie dépendent moins de la revitalisation des systèmes publics que des caractéristiques de l'offre locale des médicaments et des soins. Lorsque l'offre locale de médicaments et de soins est réduite et particulièrement lorsque la densité de fournisseurs de médicaments est faible, alors les pratiques d'automédication sont moindres et la propension à consulter un prestataire de soins est plus grande.

Les autres déterminants du recours à un prestataire de soins sont:

- la gravité de la maladie, la propension à consulter un prestataire de soins est plus grande lorsque la maladie est perçue comme étant grave;
- quand la personne se plaint de douleurs abdominales, la probabilité de consulter un prestataire de soins est élevée; en revanche si elle se plaint de maux de tête, elle a plus de chances de pratiquer l'automédication ou de s'abstenir de toute action thérapeutique;
- plus le nombre de personnes malades dans le ménage augmente, moins grande est la probabilité de consulter;
- les personnes instruites, celles qui croient en la dangerosité des médicaments, celles chez qui il existe dans la famille une tradition de consultation des services de santé modernes et les enfants âgés de cinq ans et moins, consultent plus fréquemment un prestataire de soins;
- plus une personne ou sa famille est d'un statut socio-économique élevé, plus la propension à s'adresser à un prestataire de soins lors de l'épisode de maladie est grande; les personnes qui ne possèdent aucun bien moderne ou appartenant à des familles pauvres ont plus de chances de s'abstenir de toute action thérapeutique ou de pratiquer l'automédication.

La grande majorité des personnes qui consultent un prestataire de soins s'adressent à un prestataire de soins modernes. Le recours aux services de praticiens

traditionnels est d'une façon générale faible. Il est légèrement plus marqué à Koutiala. La sous-déclaration dont l'utilisation des services de thérapeutes traditionnels fait généralement l'objet incite à la prudence dans l'interprétation de ce résultat. L'utilisation des services de santé publics est globalement plus importante que celle des services de santé en pratique privée.

Si la revitalisation des services de santé publics n'a pas d'influence sur la propension des personnes à recourir ou non aux services d'un prestataire de soins, elle modifie en revanche, dans certaines conditions, le choix thérapeutique des personnes qui décident de consulter. Lorsque l'offre de services est diversifiée (concurrence importante), la revitalisation des formations sanitaires publiques conduit à une augmentation de leur utilisation. Celle-ci ne se fait pas par une augmentation de la demande globale (puisque l'auto-traitement et l'abstention thérapeutique ne varient pas) mais par un transfert de la demande exercée sur les services de santé modernes en pratique privée et les thérapeutes traditionnels.

En revanche, quand l'offre de services est rationnée (marché fermé où les services de santé publics sont pratiquement les seuls fournisseurs de soins et de médicaments), la revitalisation de ces derniers n'a pratiquement pas d'effet sur la demande de soins. Dans ces conditions, ils sont utilisés même s'ils sont peu performants.

Lorsque les formations sanitaires publiques ne sont pas revitalisées et la concurrence est assez forte (exemple de Koutiala), la demande pour les services de santé publics est la plus faible et celle pour les services de santé modernes en pratique privée et les thérapeutes traditionnels la plus élevée.

La propension à consulter les services publics est plus grande quand la maladie est perçue comme étant grave ou quand la personne croit que les médicaments vendus dans le système de soins sont de bonne qualité. Les chefs de ménage consultent plus les prestataires de soins en pratique privée.

Utilisation des médicaments modernes

Les médicaments modernes sont largement utilisés. La densité de l'offre de prestataires de soins et de fournisseurs de médicaments n'a pas d'effet sur l'utilisation ou non de médicaments modernes au cours de l'épisode de maladie. En revanche, lorsque le système public est revitalisé on utilise moins les médicaments modernes. La propension à consommer des médicaments modernes est fonction du recours ou non à un prestataire de services et de la nature de la plainte exprimée. Elle est également fonction de la possession de biens modernes; tout comme le recours à un prestataire de soins, la consommation de médicaments modernes est plus limitée dans les ménages les plus pauvres et dans les familles dans lesquelles plusieurs personnes sont malades simultanément.

Les comportements familiaux habituels influencent la consommation puisque celle-ci est deux fois moins importante chez les personnes dont les familles n'ont pas une habitude d'utilisation des médicaments modernes. Enfin, les personnes qui ne croient pas en la qualité des médicaments du système public utilisent également moins les médicaments modernes.

La prescription et la consommation des médicaments modernes ne peuvent pas être qualifiées de rationnelles y compris dans les sites où les formations sanitaires publiques sont revitalisées. La consommation d'antibiotiques et de produits injectables est élevée; le nombre moyen de médicaments acquis et consommé est relativement élevé. La consommation de médicaments sous forme générique se généralise, celle des médicaments de marque reste importante malgré leur prix élevé. Les personnes malades qui ont consulté dans les formations sanitaires publiques de Niono n'ont consommé ni moins de médicaments, ni moins d'antibiotiques, ni moins d'injections que celles qui ont consulté dans les services de santé publics des autres sites. Elles ont en revanche consommé plus de médicaments sous forme générique. L'observance du traitement est faible dans tous les sites et ne semble pas non plus être influencée par la revitalisation des formations sanitaires publiques. Ce dernier résultat doit cependant être interprété avec prudence (biais de sélection).

Ces différents résultats donnent à penser que la revitalisation des services de santé publics avec toutes les mesures y étant afférentes comme la formation du personnel, la supervision, le recyclage, ne suffit pas à avoir une prescription et une

consommation rationnelles des médicaments. Certes il faudrait renforcer ces mesures, mais il faudrait remonter plus loin et revoir le cursus de formation du personnel et agir sur les variables déterminant les comportements de prescription.

La principale source d'acquisition des médicaments modernes lors d'un épisode de maladie est la famille. Elle dénote du poids de la famille et de la solidarité dans la prise en charge des personnes malades. Elle pourrait également être l'une des raisons de la faible observance du traitement; les patients arrêtant leur médication dès qu'ils s'estiment guéris et conservent ainsi le reste des médicaments qui pourra ultérieurement servir à un autre membre de la famille.

Les pharmacies et les dépôts privés occupent la seconde place comme source d'acquisition des médicaments modernes. Le dernier lieu où l'on acquiert des médicaments modernes lors d'un épisode de maladie est le centre de santé y compris dans les sites où le système public est revitalisé et où il existe des médicaments sous forme générique. On peut raisonnablement penser que les médicaments de marque ont une longue tradition d'efficacité et qu'il faudra du temps aux génériques pour s'imposer. Le public devrait être plus informé sur les médicaments génériques. En un mot on doit faire plus de "marketing" (présentation sous forme de "blisters") si l'on veut promouvoir l'usage à grande échelle des médicaments génériques.

Le coût des médicaments est relativement moindre comparé à ceux obtenus par d'autres études au Mali (Brunet-Jailly, 94 ; Sidibé et De Bethune, 1993) et ailleurs en

Afrique. La situation est cependant très variable d'un site à l'autre. A Gao, les coûts ne sont pas significativement différents de ceux des médicaments acquis par les répondants de Koutiala. Nous avons déjà dit que ceci s'explique par le fait que les prix de certains médicaments (notamment les médicaments de grande consommation) sont plus élevés dans ces deux localités. A Koutiala, il s'agit de médicaments de marque dont on sait que les prix sont élevés. A Gao, un certain nombre d'éléments peuvent expliquer l'élévation des prix : (1) la distance (situé à environ 1200 kms de Bamako) fait que le prix de revient du médicament est plus élevé; (2) les ruptures fréquentes de médicaments dans les formations sanitaires publiques disposant de génériques dues soit à la mauvaise gestion, soit au détournement des produits par le personnel, font que les médicaments se retrouvent sur les marchés à des prix élevés. Pour améliorer la situation, il est nécessaire d'assurer une formation et une supervision régulière du personnel et surtout d'instaurer des règles formelles de prescription et de délivrance des médicaments afin d'éviter les ruptures de stock fictives. Il est également nécessaire que le gouvernement conduise une politique sociale visant à réduire le prix de revient des médicaments génériques dans cette partie du pays qui est, comme nous l'avons dit, loin de la capitale, mais où les populations sont également très pauvres du fait de calamités naturelles (région désertique).

Les coûts sont les plus bas à Niono, mais ils sont encore assez élevés comparativement au niveau de revenu du malien moyen. Il est vrai que les coûts des médicaments dépendent de leurs prix, mais ils sont également tributaires de la rationalité de la prescription. Or, nous l'avons vu, dans aucun des trois sites étudiés

(système revitalisé ou non), la prescription n'est rationnelle. En jouant sur ce dernier facteur par le biais de la formation, du recyclage et de la supervision du personnel, il est possible de réduire encore et de façon significative les coûts des médicaments. Rappelons que le coût dont il est question ici ne concerne que les médicaments, il ne prend pas en compte l'argent déboursé par les patients pour accéder à la consultation ni les coûts d'opportunité. Lorsqu'on ajoute ces derniers, le problème de l'accessibilité financière se pose avec encore plus d'acuité.

Notre étude se proposait de vérifier certains fondements sur lesquels est basée l'Initiative de Bamako à savoir qu'un approvisionnement régulier en médicaments essentiels alimenté par un mécanisme de paiement ainsi que l'éducation des prescripteurs et des utilisateurs conduisent à une utilisation rationnelle des médicaments. Nos résultats montrent que la prescription n'est pas plus rationnelle dans les sites où des politiques s'inspirant de l'IB ont été implantées que dans ceux où il n'y en a pas. Nous avons également analysé les effets de certaines caractéristiques comme la disponibilité des médicaments génériques, la revitalisation des services de santé publics et la concurrence sur l'utilisation des services et des médicaments. Notre étude apporte un plus dans l'avancement des connaissances en ce sens qu'elle permet de déterminer pour la première fois les effets de ces trois variables à la fois sur l'utilisation des services et des médicaments dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Elle montre que ces trois éléments ont une grande influence sur l'utilisation des médicaments et des services. Aux travers de modèles logistiques bien ajustés (à l'exception de deux), nous avons identifié les facteurs associés à l'utilisation des médicaments modernes et des services de santé. Il en ressort entre

autres que le statut socio-économique est un déterminant majeur de l'utilisation des médicaments et des services. Plus on est pauvre, moins on consulte un prestataire de soins, moins on consomme les médicaments modernes.

Rappelons que l'un des objectifs de l'Initiative de Bamako est de mobiliser des fonds par le recouvrement des coûts et la vente des médicaments essentiels entre autres, pour améliorer la qualité des services offerts et accroître ainsi l'utilisation des formations sanitaires publiques. Nos résultats montrent que la pauvreté est associée à la non-utilisation des services et des médicaments; autrement dit, les plus pauvres sont exclus du système. Ceci soulève le problème de l'équité qui, dix ans après le lancement de l'IB demeure toujours un problème majeur. Du fait que les consultations sont payantes, pour certaines affections jugées non graves, les communautés vont plutôt s'adresser à d'autres fournisseurs de médicaments. On peut alors se demander si les montants recouverts par les services de santé publics sont suffisants pour améliorer la qualité des services et accroître leur utilisation surtout si l'on considère qu'une grande partie de l'argent recouvert sert généralement à assurer le réapprovisionnement en médicaments et à payer le personnel. Pourquoi ne pas supprimer le paiement des consultations tout en maintenant la subordination de l'accès aux médicaments à la consultation? Ainsi on réduirait l'inéquité dans l'accès aux services de santé tout en maintenant l'objectif d'améliorer la qualité des services et l'utilisation des formations sanitaires publiques. En effet, toute ces personnes qui, comme nous l'avons souligné, s'adresseraient à d'autres fournisseurs ou ne feraient rien parce qu'elles jugent leurs affections bénignes, consulteraient probablement dans les formations sanitaires publiques (si la consultation n'est pas

payante), pour acquérir des médicaments (moins chers qu'ailleurs). Par le biais du nombre (les recettes étant fonction des prix des services et du nombre de consultants), les formations sanitaires augmenteraient leurs recettes et donc amélioreraient la qualité des services fournis tout en réduisant l'inéquité dans l'accès aux soins et en améliorant l'utilisation rationnelle des médicaments. Des recherches complémentaires sous forme de recherche-action sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse. Des recherches complémentaires sont également nécessaires dans le domaine de la promotion des médicaments génériques. En effet, il serait intéressant de savoir qu'est ce qui fait que dans des pays aussi pauvre comme le Mali, la consommation des médicaments génériques (malgré tous les avantages qu'ils offrent) reste encore faible. La connaissance de ces facteurs pourraient aider les décideurs à prendre des mesures visant à améliorer l'usage des génériques.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- Abbas, A.A., Walker, J.A.** (1986) "Determinants of maternal and child health services in Jordan". *International Journal of Epidemiology*, 15 : 403-406.
- Abasiokong, E.M.** (1981)"Familism and hospital admission in rural Nigeria: a case study". *Social Science and Medicine* 158 : 54-50.
- Abel-Smith B. and Rawal P.** (1992) "Can the poor afford 'free' health services? a case study of Tanzania". *Health Policy and Planning*, 7 (4) : 329-341.
- Abosede O.A.** (1984) "Self Medication: an important aspect of primary health care". *Social Science and Medicine* 9 (7): 699-703.
- Abu-Zeid H.A. and Dunn W.M.** (1985) "Health services utilization and cost in Ismailia, Egypt". *Social Science and Medicine* 15b: 45-50.
- Agyepong I.A.** (1992) "Malaria: ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control". *Social Science and Medicine* 35 (2) : 131-137.
- Allan Jr A.** (1970) "Adaptation in cultural evolution: an approach to medical anthropology". *Columbia University Press*, New -York.
- Annis S.** (1981) "Physical access and utilization of health services in rural Guatemala". *Social Science and Medicine* 15d: 515-523.
- Anthony E., Isenalumhe and Osawaru O.** "Polypharmacy: its cost burden and barrier to medical care in a drug-oriented health care system". *International Journal. of Health Service*. 18 (2) :335-343.
- Bailey W. and Philips D.R.** (1990) "Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica". *Social Science and Medicine* 30 (1) : 1-12.
- Baraoui K. et Douik E.** (1981) "Ordonnance médicale, santé publique et relation médecin-malade. *La Tunisie Medecine*. 59 : 323-328.
- Basu A.M.** (1990) "Cultural influences on health care use: Two regional groups in India". *Studies in Family Planning*, 21(5) : 275-286.
- Belcher D.W., Wurapa F.K. and Neumann A.A.** (1976) "A household morbidity survey in rural Africa". *International Journal of Epidemiology*, 5 : 113-120.
- Ben Youssef A., Wessen A.F.** (1974) "Utilization of health services in Developing Countries - Tunisia". *Social Science and Medicine* 8 : 287-305.

- Bennett F.J.** (1980) "The dilemma of essential drugs in primary health care". *Social Science and Medicine* 28 (10) : 1085-1090.
- Bledsoe C.H., Goubaud M.F.** (1985) "The reinterpretation of western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone". *Social Science and Medicine* 21 (3) : 275-282.
- Boerma J.T., Baya M.S.** (1990) "Maternal and child health in an ethnomedical perspective: Traditional and modern medicine in coastal Kenya". *Health Policy and Planning*, 5 (4) : 347-357.
- Bojalil R. And Calva J.J.** (1994) "Antibiotic misuse in diarrhea. A household survey in Mexican community". *Journal Clinic of. Epidemiology*. 47, 147.
- Bureau Central du Recensement (BCR), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI)** (1987) "Recensement général de la population et de l'habitat". Volume 0, Tome 1, 236 p, Bamako (Mali).
- Bureau Central du Recensement (BCR), Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI)** (1992) "Analyse du Recensement Général de la population et de l'habitat, Avril 1987, Tome 7, Perspectives de la population résidente du Mali de 1987 à 2022". Bamako: BCR.
- Bush P.J. and Hardon A.P.** (1990) "Towards rational medicine use: is there a role for children ?". *Social Science and Medicine* 31 (9): 1043-1050.
- Caldwell J., Gajanayake I., Caldwell P. and Peiris I.** (1989) "Sensitization to illness and the risk of death: an explanation for Sri Lanka's to good health for all". *Social Science and Medicine* 28 (4) : 365-379.
- Calva J.** (1996) "Antibiotic use in a periurban community in Mexico: a household and drugstore survey". *Social Science and Medicine*, 42 (8) : 1121-1128.
- Carrin G.** (1987) "Community financing of drugs in Sub-Saharan Africa". *International Journal of Health Planning and Management*, 2: 125-145.
- Chabot J.** (1988) "The Bamako Initiative". *The Lancet*, 10 : 1366-1367.
- Chaiton et al.** (1976) "Patterns of medical drug use, a community focus". *Canada Medicine Assistance Journal*. No 114: 33-37.
- Chalker J.** (1995) "Effect of a drug supply and cost sharing system on prescribing and utilization: a controlled trial from Nepal". *Health Policy and Planning*, 10 (4) : 423-430.
- Chernichovsky D. and Meesook O.A.** (1986) "Utilization of health services in Indonesia". *Social Science and Medicine* 23 (6) : 611-620.

- Colson A.C.** (1971) "The differential use of medical resources in Developing Countries". *Journal of Health and Social Behavior*, 12 : 226-237.
- Contandriopoulos A.P., Champagne F., Potvin L., Dennis J.L., Boyle P.** (1990) "Savoir Préparer une Recherche: la définir, la structurer, la financer." *Les Presses de l'Université de Montréal*, Montréal (Québec), pp 196.
- Coppo P., Pisani L. and Kéita A.** (1992) "Perceived morbidity and health behaviour in a Dogon Community". *Social Science and Medicine* 34 (11) : 1227-1235.
- Coulibaly S., Dicko F., Traoré S.M., Sidibé O., Seroussi M. et Barrère B.** (1996) "Enquête Démographique et de Santé, Mali 1995-1996". Calverton, Maryland, USA: Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et Marco International Inc., 375 p.
- Cuningham C.E.** (1970) "Thai injection doctors". *Social Science and Medicine*, 4 : 1-24.
- De Bethune X., Alfani S., Lahaye J.P.** (1989) "The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaïre". *Health Policy and Planning*, 4 (1): 76-81.
- De Walt K.M.** (1977) "The illness no longer understands: changing concepts of health and curing in a rural community". *Medical and Anthropological Newsletter*, 8 : 5-11.
- Donavan J.L. and Blake D.R.** (1992) "Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making?" *Social Science and Medicine* 34 : 507-513.
- Dua V., Kunin C.M. and White L.V.** (1994) "The use of antimicrobial drugs in Nagpur, India. A window on medical care in a developing country". *Social Science and Medicine*, 38 (5) : 717-724.
- Dukes M.N.G.** (1985) "Towards a health pharmaceutical industry by the year 2000". *Devl. Dial.* 2 : 108-119.
- Dumoulin J. Et Kaddar M.** (1993) "Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique sub-saharienne: rationalité économique et autres questions subséquentes". *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 11, no 2.
- Dunlop D.W.** (1975) "Alternatives to modern health delivery systems in Africa: public policy of traditional health systems". *Social Science and Medicine* 9 : 581-586.

- Fabrega H.** (1977) "Perceived illness and its treatment. A naturalistic study in social medicine". *British Journal of Preventive Medicine*, 31 : 213-219.
- Fabricant S.J. and Hirschhorn N.** (1987) "Deranged distribution, perverse prescription, unprotected use: the irrationality of pharmaceuticals in the developing world". *Health Policy and Planning*, 2 : 204-213.
- Fassin D., Jeanne E., Cebe D. and Reveillon M.** (1988) "Sociocultural differentiation in access to health care in urban Africa". *International Journal of Epidemiology*, 17 : 858-864.
- Fassin D. et Brousselle C.** (1991) "Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique. Problèmes méthodologiques". *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 39 : 89-99.
- Feldman S.** (1983) "The use of private health care providers in rural Bangladesh: a response to clauquin". *Social Science and Medicine* 17 (23) : 1887-1896.
- Ferraz M.B., Pereira R.B., Paiva J.G.A., Atra E. and Santos J.Q.D.** (1996) "Availability of over-the-counter drugs for arthritis in Sao Paulo, Brazil". *Social Science and Medicine*, 42 (8) : 1129-1131.
- Ferguson A.E.** (1981) "Commercial pharmaceutical medicine and medicalization: a case study from El Salvador". *Cultural Medicine and Psychiatry*. 5, 105-134.
- Fleiss, J. L.** (1981) "Statistical methods for rates and proportions". John Wiley and Sons, New-York, 34-44.
- Foster S.** (1991) "Supply and use of essential drugs in Sub-Saharan Africa: some issues and possible solutions". *Social Science and Medicine* 32 (11) : 1201-1218.
- Fournier P., Haddad S.** (1991) "Le médicament en pays en voie de développement. Position du problème et questions de recherche". Communication présentée à l'atelier de recherche sur l'utilisation rationnelle des médicaments dans les PVD. CIE, Paris, 1991. *Bulletin de l'Association Canadienne des Etudes Africaines*, pp. 61-68.
- Fournier P., Haddad S.** (1995) "Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les Pays en Développement" In " La sociologie des populations", sous la direction de H. Gérard et V. Piché. Montréal, PUM/AUPELF/UREF : 289-325.
- Fournier P., Potvin L.** (1995) "Participation Communautaire et Programme de Santé: les fondements du dogme". *Sciences Sociales et Santé* vol. 13, no. 2: 39-56.

- Frankel S.** (1984) "Peripheral health workers are central to primary health care: Lesson from Papua New Guinea's aid posts". *Social Science and Medicine* 19 (3) : 279-290.
- Freer C.B.** (1980) "Self-care: a health diary study". *Medical Care*. 18 (8) : 853-861.
- Gani L., Arif H., Widjaja S.K., Adi R., Prasadja H., Tampubolon L.H., Lukito E. and Jauri R.** (1991) "Physicians' prescribing practice for treatment of acute diarrhoea in young children in Jakarta". *J. Diarr. Dis. Res.* 9, 194.
- Garner P.** (1989) "The Bamako Initiative; financing health in Africa by selling drugs". *British Medical Journal*, 299. July 29.
- Gesler W.M.** (1979) "Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria". *Social Science and Medicine* 13d : 23-30.
- Gesler W.M.** (1984) "Health in Developing Countries". *Association of American Geographers* : 64-72.
- Gilson L., Alilio M. and Heggenhougen K.** (1994) "Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro region of Tanzania". *Social Science and Medicine* 39 (6) : 767-780.
- Gish O.** (1988) "Who gets what: Utilization of health services in Indonesia". *International Journal of Health Planning and Management*, 3 : 185-196.
- Gish O.** (1990) "Some links between successful implementation of primary health care interventions and the overall utilization of health services". *Social Science and Medicine* 30 (4) : 401-405.
- Goel P., Ross-Degnan D., Berman P. and Soumerai S.** (1996) "Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework". *Social Science and Medicine*, 42 (8) : 1155-1161.
- Grenn E.C.** (1985) "Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education" *Social Science and Medicine* 20 (3) : 277-285.
- Green R H.** (1989) "Goals and strategies for children in the 1990's: African perspectives" *IDS Sussex*, August.
- Greenhalgh T.** (1987) "Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey". *Social Science and Medicine* 25 (3) : 307-318.
- Griffin C.C.** (1992) "Health care in Asia: A comparative study of cost and financing". *World Bank regional and sectoral studies*, Washington, D.C.

- Haak H.** (1988) "Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions". *Social Science and Medicine* 27 (12) : 1415-1427.
- Haddad S et Fournier P.** (1992) "Une vision globale de l'utilisation des services de santé en pays en développement est-elle possible ?" *Rapport de recherche préparé pour la conférence annuelle des Etudes Africaines*. Montréal 13-16 Mai.
- Haddad S.** (1992) "Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre". *Thèse pour le doctorat en sciences*. Université Claude Bernard. Lyon.
- Haddad S et Fournier P.** (1993) "Initiative de Bamako, systèmes de paiement et utilisation du médicament. Position du problème, Aspects conceptuels et méthodologiques pour une recherche multicentrique". *Rapport de recherche soumis au Programme des Médicaments Essentiels de l'OMS*.
- Haddad S et Fournier P.** (1995) "Quality, costs and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre". *Social Science and Medicine*, 40 (6) : 743-753.
- Hardon A.P.** (1987) "The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctors' prescription and self medication". *Social Science and Medicine*, 25 (3) : 277-292.
- Hardon A.P.** (1990) "Confronting ill health. Medicines, self-care and the poor in Manila." PhD dissertation, University of Amsterdam.
- Hardon A.P., Van Der Geest S., Geerling H. and le Grand A.** (1991) "The provision and use of drugs in Developing Countries: review of studies and annotated bibliography". *Het Spinhuis and Health Action International*, Amsterdam.
- Heggenhougen H.K.** (1980) "The utilization of traditional medicine: a Malaysian exemple". *Social Science and Medicine*, 14b : 39-44.
- Heller P.S** (1982) "A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia". *Social Science and Medicine*, 16 : 267-284.
- Hielscher S. and Sommerfeld J.** (1985) "Concept of illness and the utilization of health care services in a rural Miliian Village". *Social Science and Medicine*, 21 : 469-481.
- Hodes B.** (1974) "Nonprescription drugs: a overview". *International Journal of Health Service* 4 : 125-130.

- Hogerzeil H.V., Bimo, Ross-Degnan D. and al.** (1993) "Field tests for rational drug use in twelve developing countries". *Lancet*, 342, 1408.
- Homedes N. and Ugalde A.** (1993) "Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know?" *Health Policy and Planning*, 8 (4) : 291-314.
- Hossain M.M., Glass R.J. and Khan M.R.** (1982) "Antibiotic use in a rural community in Bangladesh". *International Journal of Epidemiology* 11, 402.
- Hunte P.A., Sultana F.** (1992) "Health-seeking behavior and the meaning of medications in Balochistan, Pakistan". *Social Science and Medicine* 34 (12) : 1385-1397.
- International Children's Center.** (1990) "The Bamako Initiative: primary health care experience". *Children in the Tropics*, No. 184/185, Paris.
- I.T.H.O.G.H.** (1991) "Summary of the study about patterns of distribution, prescription and consumption of pharmaceutical products in Peru and Bolivia" *Communication présentée à l'atelier de recherche sur l'utilisation rationnelle des médicaments dans les PVD*. CIE, Paris.
- Jarrett S.W., Ofosu-Amaah S.** (1992) "Strengthening health services for MCH in Africa: the first four years of the "Bamako Initiative". *Health Policy and Planning*, 7 (2) : 164-176.
- Jazen M.J.** (1978) "The quest for therapy in lower Zaire". *University of California Press*, Berkeley, Los Angeles, London, pp 266.
- Kachirayan M., Radhakrishna S., Ramanathan A.M., Ezhil R. and Venkata S.S.** (1987) "Utilization of curative services in Madras City related to morbidity condition and socio-economic stratum". *Indian Journal of Medical Research*, 85 : 443-452.
- Kanji N.** (1989) "Charging for drugs in Africa: Unicef's Bamako Initiative". *Health Policy and Planning*, 4 (2) : 110-120.
- Kanji N., Hardon A., Willem H., Mamdani M., Walt G.** (1992) "Drug policy in developing countries". *Zed Books Ltd*. 136pp. London.
- Keith P.M. and Wickrama K.A.S.** (1990) "Use and evaluation of health services by women in a developing countries : Is age important?" *The Gerontologist*, 30 (2) : 262-268.
- Kimani V.N.** (1981) "The unsystematic alternative: towards plural health care among the Kikuyu of central Kenya". *Social Science and Medicine*, 15B : 333-340.

- Kleinman A.** (1980) "Patients and healers in the context of culture". *University of California Press*, Berkeley, CA.
- Kloos H., Etea A., Degefa A. et coll.** (1987) "Illness and health behaviour in Addis Ababa and rural central Ethiopia". *Social Science and Medicine* 25 (9) : 1003-1019.
- Kloos H.** (1990) "Utilization of selected hospitals, health centres and health stations in central, southern and western Ethiopia". *Social Science and Medicine*, 31 (2) : 101-114.
- Knapp D.A. and Knapp D.E.** (1972) "Decision-making and self-medication: preliminary findings". *American Journal of Hosp. and Pharm.* 29 : 1004-1012.
- Krayacich De Oddone N. and Shedlin M.G.** (1994) "The demand for fertility regulation methods in asuncion pharmacies: project final report summary/translation". *Health Policy and Planning*, 9 (1) : 25-32.
- Kroeger A.** (1983) "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries". *Social Science and Medicine* 17(3a): 147-161.
- Kroeger A. et coll.,** (1988) "Illness perception and use of health services in north-east Argentina". *Health Policy and Planning*, 3 (2): 141-151.
- Lader S.** (1965) "A survey of the incidence of self-medication". *Practition.* 194 : 132-136.
- Ladinsky J. L., Volk N. D. And Robinson M.** (1987) "The influence of traditional medicine in shaping medical care practices in Vietnam today". *Social Science and Medicine* 25 : 1105-1110.
- Lasker J.N** (1981) "Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast". *Social Science and Medicine*, 15 : 157-168.
- Ledogar R.J.** (1975) "Hungry for profits: US food and drug multinationals in Latin America". *International Documentation (IDOC)*, New York.
- Levin L.S.** (1990) "Reorienting perspectives on self-medication". *Journal of Social and Administrative Pharmacy.* 7 (4) : 164-169.
- Levy P.S., Lemeshow, S.** (1980) "Sampling for health professionals". *Lifetime Learning Publications*, Belmont, 199-211.
- Litvack J.L., Bodart C.** (1993) "User fees plus quality equals improved access to health care: Results of a field experiment in Cameroon". *Social Science and Medicine*, 37 (3) : 369-383.

- Logan M.** (1973) "Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine". *Human Organization*, 32 : 385-395.
- Lunde I.** (1990) "Self-care: what is-it?" *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. 7 (4) : 150-155.
- Mburu F.M., Smith M.C., Sharpe T.R.** (1978) "The determinants of health services utilization in a rural community in Kenya". *Social Science and Medicine*, 12 : 211-217.
- Mburu F.M., Spencer H.C. and Kaseje D.C.O.** (1987) "Changes in sources of treatment occurring after inception of a community-based malaria control programme in Saradidi, Kenya". *Annals of Tropical Medicine and Parasitose*. 81 Suppl. (1) : 105-110.
- McPake B., Hanson K., Mills A.** (1992) "Experience to date of implementing the Bamako Initiative: a review and five country case studies". *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. London.
- Ministere de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Mali.** (1989) "Plan de relance des SSP, Initiative de Bamako: Cadre Conceptuel", Koulouba, Août.
- Ministere de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali** (1996) "Document d'orientation du plan décénal de développement sanitaire et social 1997-2006". 64 p, Bamako.
- Ministere de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali** (1996) "Politique pharmaceutique nationale". Commission de politique pharmaceutique, juillet 1996, 45 pp.
- Mnyika K.S., Killewo J.Z.J.** (1991) "Irrational drug use in Tanzania". *Health Policy and Planning*, 6 (2),: 180-184.
- Morris L.A.** (1982) "A survey of patients' receipt of prescription drug information". *Medical Care*. 20 (6) : 506-516.
- Murphy M. and Baba T.M.** (1981) "Rural dwellers and health care in northern Nigeria". *Social Science and Medicine*, 15 : 265-271.
- Muthèn B.O** (1989) "Dichotomous factor analysis of symptom data". *Sociological Methods and Research*, 18 (1) : 19-65.
- Mwabu G.M.** (1986) "Health Care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya". *Social Science and Medicine*, 22 (3) 315-319.
- Naja S.A., Idris M.Z. and Khan A.** (1988) "Drugs cost more at primary health clinics: an experience from Libya". *Health Policy and Planning*, 3 (1) :69-73.

- Nchinda T.C.** (1977) "Household study of illness prevalence and health care preferences in a sub-district of Cameroon". *International Journal of Epidemiology*, 6 : 235-241.
- Ngoh L.N.** (1992) "The comprehension of antibiotic prescription instructions and their utilization in 3 primary health care settings in Cameroon, West Africa. Doctoral dissertation, University of Texas at Austin.
- Nichter M.** (1980) "The layperson's perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context. *Social Science and Medicine*, 14b, 225-233.
- Nizami S.Q., Khan I.A. and Bhutta Z.A.** (1996) "Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan". *Social Science and Medicine*, 42 (8) : 1133-1139.
- Nnadi E.E. and Kabat H.F.** (1984) "Choosing health care services in Nigeria: a developing nation". *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87 : 47-51.
- Nyazema N.Z.** (1983) "An examination for the use of over-the-counter drugs in Harara". *Central Africa Journal of Medicine*. 29 : 203-209.
- Okafor S.I.** (1983) "Factors affecting the frequency of hospital trips among a predominantly rural population". *Social Science and Medicine*, 17 (9) : 591-595.
- OMS.** (1988) "Idées directrices pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako". Comité Régional de l'Afrique, 38ème session, 7-14 Septembre 1988. 33pp. Brazzaville.
- OMS: Nyazema N., Kasilo O.J., Chavunduka D.** (1992) "People's perception and use of drugs in Zimbabwe: a socio-cultural research project". *OMS: Action Programme on Essential Drugs*, series No. 5, Geneva.
- OMS.** (1993) "Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest: Mauritanie, Niger et Sénégal". *Programme d'Action pour les Médicaments Essentiels*, serie n0 4, Genève.
- OMS: Lwanga S.K., Lemeshow S.** (1991) "Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques". Manuel pratique, 84 pp.
- Parades P., De la Pena M., Flores-Guerra E., Yeager B.A.C. and Garcia T.** (1992) "Study on determinants of the health seeking behaviour for childhood diarrhoea". *Final Report. IIN, WHO/CDD* Geneva.
- Parker R.L.** (1986) "Health care expenditures in a rural india community". *Social Science and Medicine*, 22 (1) : 23-27.

- Peterson G., Kurinasky J.B., Kohnheim C.S., Anderson R.S., Tesar J., Podell R.N., Ho A. and Cowan N.M.** (1976) "Television advertising and drug use". *American Journal of Public Health*. 66 : 975-978.
- PNUD.** (1995) "L'état du Monde édition 1996, Annuaire économique et géopolitique mondial, ". Éditions la Découverte/Boréal, Montréal (Qc).
- Poland B.D., Taylor S.M. and Hayes M.V.** (1990) "The ecology of health services utilization in Grenada, West Indies". *Social Science and Medicine*, 30 (1) : 13-24.
- Price L.J.** (1989) "In the shadow of biomedicine: self medication in two Ecuadorian pharmacies". *Social Science and Medicine* 28 (9): 905-915.
- Rabin D.L. and Bush P.J.** (1974) "The use of medicines: historical trends and international comparisons". *International Journal of Health Services*. 4 (1) : 61-87.
- Rabin D.L. and Bush P.J.** (1975) "Whos' using medicines?" *Drugs Health Care*. 3 : 89-100.
- Reeler A. V.** (1990) "Injections: a fatal attraction ?". *Social Science and Medicine*, 31 (10) : 1119-1125.
- Reinharz D.** (1993) "Facteurs socio-économiques et consommation de médicaments, avec ou sans prescription dans les villes Argentines". Mémoire de Maîtrise, Département de Médecine Sociale et Préventive, Université de Montréal, Québec.
- Richardson R.** (1992) "Uses and abuses of antibiotics". *Network Newslett.* 2, 3.
- Roghamann K. and Haggerty R.** (1972) "The diary as a research instrument in the study of health and illness behaviour". *Medical Care*. 10 : 143-163.
- Ross-Degnan D., Laing R., Quick J., Ali H.M., Ofori-Adjei D., Salako L. and Santoso B.** (1992) "A strategy for promoting improved pharmaceutical use: the international network for rational use of drugs" *Social Science and Medicine*, 35 (11) : 1329-1341.
- Sachs L., Tomson G.** (1992) "Medicines and culture: a double perspective on drug utilisation in a developing country". *Social Science and Medicine*. 34 (3) : 307-315.
- Santé Québec.** (1988) "La santé ça va?" Rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Gouvernement du Québec.

- Sauerborn R., Nougara A., Diesfeld H.J.** (1989) "Low utilization of community health workers: Results from a household interview survey in Burkina Faso". *Social Science and Medicine* 29 (10): 1163-1174.
- Schapira A. and Moltesen B.** (1984) "Mozambique: the use of drugs in the national health service". *Dannemark Medicine. Bulletin.* Suppl. 31 : 32-33.
- Segall A.** (1990) "A community survey of self medication activities". *Medical Care.* 28 (4) : 301-310.
- Sekhar C., Raina R. And Pillai G.** (1981) "Some aspects of drug use in Ethiopia". *Tropical Drug,* 11 : 116-118.
- Shrestha A., Kane T. and Hamal H.** (1990) "Contraceptive social marketing in Nepal: consumer and retailer knowledge, needs and experience". *Journal of Biosociology. Sciences.* 22, 305, 1990.
- Sidibe A.B et De Bethune X.** (1993) "Enquête Multifocale sur la consommation et l'approvisionnement des ménages en médicaments, Quartiers de Lafiabougou et de Sébénikoro, commune iv, District de Bamako"; Octobre à Décembre 1993, Rapport préliminaire.
- Slikkerveer L.J.** (1982) "Rural health development in Ethiopia. Problems of utilization of traditional healers". *Social Science and Medicine* 16 : 1859-1872.
- Sterky G., Tomson G., Diwan V.K. and Sachs L.** (1991) "Drug use and the role of patients and prescribers". *Journal of Clinic and Epidemiology.* 44 (suppl II, pp. 67S-72S.
- Stoller E.** (1988) "Prescribed and over-the-counter medicine by the ambulatory elderly". *Medical Care.* No 26 : 1149-1157.
- Sukkary S.** (1983) "The role of pharmacists in basic health care in Egypt: a micro view". In An overview of pharmacies, pharmacists and the pharmaceutical distribution system in Egypt. Edited by Cole H.E., Smith R.H. and Sukkary S., Mimeo. Futures Group, Washington, DC.
- Svarstad B.L.** (1983) "Stress and the use of nonprescription drugs: an epidemiological study". *Research. Community Mental Health.* 3 : 233-254.
- Tan M.L. and Tanchoco R.** (1988) "Children's medicines in the Philippines: a preliminary report". *Drug Monitor,* 3 : 133-142.
- Taylor C.E., Diricon R. and Deuschle K.W.** (1968) "Health manpower planning in Turkey". *Johns Hopkins Press,* Baltimore, MD.

- The World Bank** (1993) "World Development Report 1993: Investing in Health". New York: *Oxford University Press*.
- Tomson G., Weerasuriya K.** (1990) "Codes and practice: information in drug advertisements an example from Sri Lanka". *Social Science and Medicine* 31(7) : 737-741.
- Touré M.** (1994) "L'utilisation des services de santé dans les pays en développement: le cas des services de vaccination au Mali". Thèse de doctorat, Université de Montréal, Faculté de Médecine, Département de Médecine Sociale et Préventive.
- Trostle J.** (1996) "Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries". *Social Science and Medicine*, 42 (8) : 1117-1120.
- Ugalde A.** (1984) "Where there is a doctor. Strategies to increase productivity at lower costs. The economics of rural health care in the Dominican Republic." *Social Science and Medicine* 19 : 441-450.
- Unger J.P., Diao M.** (1990) "From Bamako to Kolda: A case study of medicines and the financing of district health services". *Health Policy and Planning*, 5 (4) : 367-377.
- Unicef:** (1990a) "La crise économique, l'ajustement et l'Initiative de Bamako: le financement des soins de santé dans le contexte économique de l'Afrique Subsaharienne". Document de travail pour la conférence panafricaine sur le financement des SSP, Kinshasa, Zaïre, 25 - 27 Juin.
- Unicef: Ofori-Adjei, Amoa A.B., Adjei S.** (1990b) "Baseline survey for the implementation of the Bamako Initiative in Ghana". *Bamako Initiative Technical Report*. New York.
- Unicef.** (1990c) "Revitalisation des SSP/SMI. L'Initiative de Bamako. Rapport d'activités présenté au conseil d'administration de l'Unicef en 1990". *UNICEF*, Avril.
- Unicef: Fabricant S.J. and Kamara C.W.** (1991) "The financing of community health services in Sierra Leone: seasonality, socio-economic status, gender and location factors affecting access to services" *Bamako Initiative Technical Report Series 8*.
- Unicef: Parker D. and Knippenberg R.** (1991) "Community cost-sharing and participation: a review of the issues". *UNICEF: Bamako Initiative Technical Report Series 9*. New York.
- Unicef.** (1993) "L'Initiative de Bamako", Rapport d'activité du Fond des Nations Unies pour l'Enfance - Rapport au Conseil d'administration . New York.

- Unicef:** Tibouti A., Flori Y.A., Juillet A. (1993) "Enquête Ménage sur les recours aux soins et les dépenses de santé: Guide méthodologique". *Unicef: Initiative de Bamako, Rapport Technique*, No. 17. New York.
- Unicef.** (1993) " L'Initiative de Bamako: Rapport d'activité intérimaire, Conseil d'Administration Session de 1993". Unicef, New York.
- Unicef.** (1995) "L'Initiative de Bamako: Reconstruire les systèmes de santé" Unité de Gestion pour l'Initiative de Bamako.
- Uyanga J.** (1983) "Rural-urban migration and sickness health care behavior: A study of eastern Nigeria". *Social Science and Medicine*, 17 (9) : 579-583.
- Van Der Geest S.** (1982) "The illegal distribution of western medicines in developing countries: pharmacists, drug pedlars, injection doctors and others. Abibliographic exploration". *Medical Anthropology*. 197-219.
- Van Der Geest S.** (1983) "No-information for patients: selling drugs in developing countries". *Pharmacy International*. 4 : 20-22.
- Van Der Geest S.** (1987) "Self care and the informal sale of drugs in South Cameroon". *Social Science and Medicine*, 25 (3) : 293-305.
- Van Der Geest S., Hardon A.** (1988) "Drugs use: methodological suggestions for field research in developing countries". *Health Policy and Planning*, 3 (2) : 152-158.
- Van Der Geest S., Hardon A., Whyte R.S.** (1990) "Planning for essential drugs: are we missing the cultural dimension?" *Health Policy and Planning*, 5 (2) : 182-185.
- Van Der Geest S.** (1992) "Is paying for health care culturally acceptable in Sub-Saharan Africa, money and tradition". *Social Science and Medicine* 34 (6) : 667-673.
- Vogel R.J.** (1988) "Cost recovery in the health care sector. Selected country studies in West Africa". *World Bank*, Technical paper no 82 : 192 pp.
- Vogel R.J.** (1989) "Trends in health expenditures and revenue sources in Sub-Saharan Africa". *African Health Background Paper*, Washington, D.C.: World Bank.
- Vogel R.J. and Stephens B.** (1989) "Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: Roles of the public, private and church mission sectors". *Social Science and Medicine*, 29: 479-86.

- Waddington C. and Enyimayew K.A.** (1989) "A price to pay: The impact of user charges in Ashanti-Akim District, Ghana". *International Journal of Health Planning and Management*, 4 : 17-47.
- Waddington C. and Enyimayew K.A.** (1990) "A price to pay, part 2: The impact of user charges in the Volta region of Ghana". *International Journal of Health Planning and Management*, 5 : 287-312.
- Wahid Saeed A.A.** (1984) "Utilisation of primary health services in Port Sudan". *Tropical and Geographical Medicine*, 36 : 267-272.
- Whyte S.R.** (1990) "Medicines and self-help: the privatization of health care in eastern Uganda. In Structural Adjustment and the State of Uganda, *Edited Hansen and Twaddle*. James Currey, London.
- Wolff M.J.** (1993) "Use and misuse of antibiotics in Latin America. *Clin. Infect. Dis.* 17 (Supl. 2) : 346S.
- Wolffers I.** (1987) "Drug information and sale practices in some pharmacies of Colombo, Sri-Lanka". *Social Science and Medicine*, 25 (3) : 319-321.
- Wolffers I.** (1988) "Illness Behaviour in Sri Lanka: Results of a survey in two Sinhalese communities". *Social Science and Medicine* 27(5): 545-552.
- Wolf-Gould C.S.** (1991) Taylor N., Horwitz S.M. and Barry M. "Misinformation about medications in rural Ghana". *Social Science and Medicine*, 33, 83.
- Wyatt H.V.** (1992) "Mothers, injections and poliomyelitis". *Social Science and Medicine* 35 (6) : 795-798.
- Yoder R.A.** (1989) "Are people willing and able to pay for health services". *Social Science and medicine.*, 29 (1) : 35-42.
- Young A.** (1983) "The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care". *Social Science and Medicine*, 17 (16) : 1205-1211.
- Young J.C.** (1981) "Non use of physicians: methodological approaches, policy implications and the utility of decision models". *Social Science and Medicine*, 15 : 499-507.
- Zuraik H., Halabi S. and Deeb M.** (1987) "Measures of social class based on education for use in health studies in developing countries". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 41 : 173-179.

Annexes

Annexe 1

Guide méthodologique des enquêteurs

1. Sélection des ménages

- A). La première concession visitée dans la journée par l'enquêteur a été tirée au sort (comme on ne dispose pas de la liste des concessions mais uniquement de celle des chefs de famille, on s'est appuyé sur cette seconde liste sachant que cette dernière reproduit approximativement celle des concessions).
- B). Chaque matin, l'enquêteur est informé du lieu de la première concession à visiter. S'il n'y a personne dans la concession ou que pour une raison ou une autre, on ne peut y pratiquer une entrevue:
- (1) traverser la rue;
 - (2) tourner vers la droite
 - (3) pénétrer dans la première concession rencontrée.
- C). Souvent, plusieurs ménages vivent dans une même concession. Dans ce cas, on interrogera le premier ménage à droite en entrant.

- D). S'il n'y a personne ou que pour une raison ou une autre l'entrevue ne peut se faire, l'enquêteur se dirigera vers le ménage logeant immédiatement après (et ainsi de suite).
- E). Si on ne peut rencontrer aucun ménage, sortir de la concession et se rendre dans une autre concession en suivant le processus décrit au point suivant (F).
- F). Une fois l'entretien achevé :
- (1) sortir de la concession
 - (2) traverser la rue
 - (3) tourner vers la droite
 - (4) prendre la première rue à gauche et rester sur le côté gauche de la rue.
 - (5) entrer dans la cinquième concession rencontrée.
- F1). S'il n'y a pas de concession, continuer d'avancer et entrer dans la concession suivante.
- F2). Si: (1) on tombe sur un bureau, une mosquée, une école, etc.; (2) on rencontre une impasse ou (3) on sort des limites du quartier, revenir à la dernière concession enquêtée, puis reprendre l'itinéraire précédant en tournant à gauche à l'étape 3 plutôt qu'à droite.

- F3). Si malgré cela on ne parvient pas à trouver une concession, avancer et rentrer dans la première concession rencontrée.
- F4). Si l'on tombe sur une concession où un ménage où un enquêteur est déjà passé, ressortir, tourner à droite et rentrer dans la cinquième concession rencontrée.
- G) une fois entré dans la concession, suivre les consignes énoncées aux points b à e.

2. **Éléments devant être mentionnés en introduction :**

- Se nommer et se présenter comme étudiant.
- Demander à rencontrer le chef du ménage ou une épouse.
- Motif = enquête sur les problèmes de santé, maladie, médicaments.
- L'enquête a été annoncée à la radio locale, en avez-vous entendu parler?
- Vérifier qu'aucun des ménages de la concession n'a déjà été interrogé.
- L'enquête :

* Porte sur plusieurs villes ,

* Complètement indépendante de l'administration, des impôts.

* Ne cherche pas à juger les gens mais à comprendre ce qu'ils font.

* Toutes les informations fournies sont strictement confidentielles.

* L'entretien est un peu long, c'est pourquoi on écrit les réponses.

* Les données individuelles ne seront pas divulguées, les résultats globaux pourront servir à faire des recommandations.

En résumé, 5 groupes de questions :

1. Questions portant sur ce que vous faites quand vous êtes malades
2. Questions visant à savoir ce que vous pensez de 2 médicaments
3. Questions sur la famille, la maison, les animaux, ... que vous avez.
4. Questions sur les gens qui ont été malades dans le ménage depuis 2 semaines
5. On aimerait voir les médicaments que vous avez à la maison.

3. Questionnaires : recommandations générales

- Les numéros d'identificateurs des ménages seront préalablement et très lisiblement inscrits sur les questionnaires "répondant principal" et "malades".

- Ne rien inscrire dans les colonnes grises ainsi que dans les pages avec la mention "réservé à la codification" (pages 19 et 20 du questionnaire répondant principal et les pages 7 et 8 du questionnaire malades).

- Encercler les codes de réponse plutôt que de mettre une croix.

- Attention : il ne faut absolument pas suggérer les réponses (sauf pour quelques questions bien identifiées).

- Questions multiples : ne pas hésiter à relancer le répondant (lui demander s'il veut ajouter une autre réponse).

- Être très attentif aux sauts. Après un saut, on ne doit normalement pas revenir en arrière (sauf si une contradiction doit amener à préciser certaines réponses).

- Si une réponse contredit clairement une déclaration précédente, en faire part à la personne et l'amener à préciser ses réponses (être bien attentif par exemples aux réponses aux questions 6 à 15 de la première section du questionnaire malades).

- Pour se rappeler si on doit noter une ou plusieurs réponses, on peut regarder s'il y a une ou plusieurs cases dans la partie grise.

- Si l'enquêteur rencontre des difficultés dans la saisie d'une réponse, il doit en prendre note de manière détaillée dans son bloc-notes. Il doit ensuite en discuter avec le responsable d'équipe puis ajuster la saisie en fonction des suggestions du responsable.

- Après chaque entretien, porter au tableau de bord les informations requises et demander au répondant d'accorder quelques minutes supplémentaires pour se relire et vérifier la saisie.

D'une manière générale :

- Questions où le répondant doit donner la raison de son choix: si la personne dit "sans raison", il faut insister un peu mais pas trop pour ne pas indisposer le répondant.
- Prescrit correspond aux situations où un médecin ou un infirmier ou une sage-femme a ordonné l'achat du médicament.
- Conseillé ou recommandé correspond à toutes les situations où c'est une autre personne qui a ordonné l'achat.

Université de Montréal

Institut National de la Recherche en Santé Publique

*Systèmes de recouvrement des coûts, approvisionnement
en médicaments essentiels et marché du médicament au Mali*

Enquête dans les ménages

Questionnaire répondant principal

1. Enquêteur _____
2. Date _____
3. Site _____
4. Secteur _____
5. Identification du Ménage
6. Marché [1] Ouvert [2] Fermé

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

**Section 1 : Pratiques d'acquisition et d'utilisation
du médicament moderne et pratiques thérapeutiques.**

1. Pouvez-vous nous citer 3 médicaments modernes et les maladies qu'ils peuvent soigner ?

	Médicament	Maladie
[1]	_____	_____
[2]	_____	_____
[3]	_____	_____

Nb med. 10

Nb justes 11

2. D'une façon générale, lorsque vous êtes malades, utilisez-vous des médicaments modernes ? [1] Oui [0] Non 14

Si la réponse est oui, aller à la question 4

3. Pourquoi n'utilisez-vous pas de médicaments modernes ?

[1] Pas efficaces ou moins efficaces	15 <input type="checkbox"/>
[2] Chers ou plus chers	16 <input type="checkbox"/>
[3] Médicaments traditionnels préférés	17 <input type="checkbox"/>
[4] Par habitude	18 <input type="checkbox"/>
[8] Autre raison, préciser _____	19 <input type="checkbox"/>

Aller à la question 14

4. Pourquoi utilisez-vous des médicaments modernes ?

[1] Efficaces ou plus efficaces	22 <input type="checkbox"/>
[2] Prescrits par des professionnels	23 <input type="checkbox"/>
[3] Par confiance	24 <input type="checkbox"/>
[4] "Scientifiques"	25 <input type="checkbox"/>
[5] Par habitude	26 <input type="checkbox"/>
[6] Disponibles	27 <input type="checkbox"/>
[7] Conseillé, Recommandé par entourage, voisins	28 <input type="checkbox"/>
[9] Fourni par entourage, voisins	29 <input type="checkbox"/>
[8] Autre raison, préciser _____	30 <input type="checkbox"/>

5. Qui vous conseille habituellement pour prendre des médicaments modernes ?

[1] Entourage, voisins	33 <input type="checkbox"/>
[2] Personnel de santé	34 <input type="checkbox"/>
[3] Pharmacien/Dépôt	35 <input type="checkbox"/>
[4] Vendeur informel	36 <input type="checkbox"/>
[8] Autre, préciser _____	37 <input type="checkbox"/>

6. D'où obtenez-vous principalement les informations sur les médicaments modernes ? 40

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| [1] Personnel de santé | [5] Voisin / Connaissance |
| [2] Radio/Presse | [6] Vendeur informel |
| [3] École | [7] Pharmacie/Dépôt |
| [4] Parents | [8] Autre, |
- préciser _____

7. Est-ce que pour une même maladie, vous utilisez toujours les mêmes médicaments ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 41

8. Quand vous prenez des médicaments modernes lors d'une maladie, qu'est-ce qui fait d'habitude que vous arrêtez le traitement ? 43

- | | |
|--|------------------------------|
| [1] Amélioration de la santé, guérison | [3] Pas assez d'amélioration |
| [2] Plus de médicament | [4] Effets secondaires |
| [8] Autre, préciser _____ | |

9. Si vous êtes guéris et qu'il vous reste des médicaments, qu'en faites-vous ? 45

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| [1] Stockage | [4] Jetage |
| [2] Vente | [5] Destruction |
| [3] Cession | [9] N'en reste jamais |
| [8] Autre, préciser _____ | |

10. D'une manière générale, quels types de médicaments vous préférez ? 47

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| [1] Comprimés, gellules | [3] Sérums, perfusions |
| [2] Produits injectables | [4] Sirops |
| [9] Pas de préférence | |
| [8] Autre, préciser _____ | |

11. Que préférez-vous, les médicaments vendus dans des boîtes ou les médicaments vendus sans boîtes ? [1] Avec boîtes [2] Sans boîtes [3] Pas de préférence 48

*Si la réponse est (2), aller à la question 13
Si la réponse est (3), aller à la question 14*

12. Pourquoi préférez-vous les médicaments vendus dans des boîtes ?

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| [1] Mieux protégés | 42 <input type="checkbox"/> |
| [2] Plus efficaces | 43 <input type="checkbox"/> |
| [3] Plus confiance | 44 <input type="checkbox"/> |
| [4] Plus modernes | 45 <input type="checkbox"/> |
| [5] Par habitude | 46 <input type="checkbox"/> |
| [8] Autre, préciser _____ | 47 <input type="checkbox"/> |

Aller à la question 14

13. Pourquoi préférez-vous les médicaments vendus sans boîtes ?
- [1] Moins chers 48
- [2] Plus efficaces 49
- [3] Plus confiance 50
- [4] Par habitude 51
- [8] Autre, préciser _____ 52
14. Dans votre quartier, quels sont les endroits ou les personnes chez qui on peut se procurer des médicaments modernes ?
- [1] Pharmacie / Dépôt 53
- [2] Centre de santé 54
- [3] Marché 55
- [4] Vendeur ambulant 56
- [5] Boutique 57
- [8] Autre, préciser _____ 58
15. À votre avis, les médicaments modernes peuvent-ils être dangereux ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 60
- Si la réponse est non ou NSP, aller à la question 17*
16. Pourquoi les médicaments peuvent-ils être dangereux ?
- [1] Ils peuvent tuer 61
- [2] Ils peuvent aggraver la maladie 62
- [3] Ils peuvent rendre infirme 63
- [8] Autre, préciser _____ 67
17. À votre avis, existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les femmes ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 70
18. À votre avis, existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les femmes enceintes ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 71
19. À votre avis, existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les femmes qui allaitent ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 72
20. À votre avis, existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les personnes âgées ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 73
21. À votre avis, existe-t-il des médicaments qui sont déconseillés pour les enfants ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 74

22. D'habitude, quand un adulte de la famille a de la fièvre, qu'est-ce qu'il fait ?
(ne cocher qu'une seule case pour chacun des recours)

	AAT	AT	SSM	PT	Vend	Autre (préciser)
Premier recours :	<input type="checkbox"/> _____					
Deuxième recours	<input type="checkbox"/> _____					
Troisième recours	<input type="checkbox"/> _____					

76 77 78

23. Raison principale évoquée pour recours 1 :

[0] Maladie pas grave	[5] Accueil
[1] Proximité	[6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic
[2] Coût faible	[7] Pour avoir une ordonnance
[3] Efficacité	
[4] Disponibilité des ressources	[8] Autre, préciser _____

79

24. Raison principale évoquée pour recours 2 :

[0] Maladie pas grave	[5] Accueil
[1] Proximité	[6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic
[2] Coût faible	[7] Pour avoir une ordonnance
[3] Efficacité	[9] Choix précédant non probant
[4] Disponibilité des ressources	[8] Autre, préciser _____

80

25. Raison principale évoquée pour recours 3 :

[0] Maladie pas grave	[5] Accueil
[1] Proximité	[6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic
[2] Coût faible	[7] Pour avoir une ordonnance
[3] Efficacité	[9] Choix précédant non probant
[4] Disponibilité des ressources	[8] Autre, préciser _____

81

26. D'habitude, quand un enfant de la famille tousse, qu'est-ce qu'on fait ?
(ne cocher qu'une seule case pour chacun des recours)

	AAT	AT	SSM	PT	Vend	Autre (préciser)
Premier recours :	<input type="checkbox"/> _____					
Deuxième recours	<input type="checkbox"/> _____					
Troisième recours	<input type="checkbox"/> _____					

82 83 84

27. Raison principale évoquée pour recours 1 :

[0] Maladie pas grave	[5] Accueil
[1] Proximité	[6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic
[2] Coût faible	[7] Pour avoir une ordonnance
[3] Efficacité	
[4] Disponibilité des ressources	[8] Autre, préciser _____

85

28. Raison principale évoquée pour recours 2 :

86

- | | |
|----------------------------------|---|
| [0] Maladie pas grave | [5] Accueil |
| [1] Proximité | [6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic |
| [2] Coût faible | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [3] Efficacité | [9] Choix précédant non probant |
| [4] Disponibilité des ressources | [8] Autre, préciser _____ |

29. Raison principale évoquée pour recours 3 :

87

- | | |
|----------------------------------|---|
| [0] Maladie pas grave | [5] Accueil |
| [1] Proximité | [6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic |
| [2] Coût faible | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [3] Efficacité | [9] Choix précédant non probant |
| [4] Disponibilité des ressources | [8] Autre, préciser _____ |

30. D'habitude, quand un enfant de la famille a le gros ventre ou des vers, qu'est-ce qu'on fait ?

(ne cocher qu'une seule case pour chacun des recours)

- | | AAT | AT | SSM | PT | Vend | Autre (préciser _____) |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Premier recours : | <input type="checkbox"/> |
| Deuxième recours | <input type="checkbox"/> |
| Troisième recours | <input type="checkbox"/> |

90

91

92

31. Raison principale évoquée pour recours 1 :

93

- | | |
|----------------------------------|---|
| [0] Maladie pas grave | [5] Accueil |
| [1] Proximité | [6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic |
| [2] Coût faible | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [3] Efficacité | [8] Autre, préciser _____ |
| [4] Disponibilité des ressources | |

32. Raison principale évoquée pour recours 2 :

94

- | | |
|----------------------------------|---|
| [0] Maladie pas grave | [5] Accueil |
| [1] Proximité | [6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic |
| [2] Coût faible | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [3] Efficacité | [9] Choix précédant non probant |
| [4] Disponibilité des ressources | [8] Autre, préciser _____ |

33. Raison principale évoquée pour recours 3 :

95

- | | |
|----------------------------------|---|
| [0] Maladie pas grave | [5] Accueil |
| [1] Proximité | [6] Possibilité d'avoir une consult., un diagnostic |
| [2] Coût faible | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [3] Efficacité | [9] Choix précédant non probant |
| [4] Disponibilité des ressources | [8] Autre, préciser _____ |

Section 2 : Présentation des traceurs

Traceur 1 : [1] Chloroquine [2] Gentamycine [3] Tétracycline

Filtre 1 (1/2)

Présenter le médicament puis poser les questions suivantes

1. Avez-vous déjà vu ce médicament ? [1] Oui [0] Non 100

2. Pouvez-vous nous donner son nom ? Connait : [1] Oui [0] Non 101

Si la personne reconnaît le médicament, aller à la question 4

Si la personne ne reconnaît pas le médicament, lui dire : C'est ".....".

3. Avez-vous déjà entendu parler de ce médicament ? [1] Oui [0] Non 102

Si la réponse est non, aller à la question 19

4. Pour traiter quel(s) symptôme(s) utilise-t-on ce médicament ?

[1] Fièvre 105

[2] Douleur abdominale 106

[3] Diarrhée 107

[4] Toux/Bronchite 108

[5] Maux de tête 109

[6] Vomissements 110

[7] Maladie des yeux 111

[9] Plaies 112

[8] Autre, préciser _____ 113

5. Selon vous, a-t-il des effets secondaires [1] Oui [0] Non [3] NSP 115

Si la réponse est non ou NSP, aller directement à la question 6

5a Quels sont ces effets secondaires ?

[1] Démangeaisons 116

[2] Vertiges 117

[3] Intoxication 118

[4] Troubles visuels 119

[8] Autre, préciser _____ 120

6. Selon vous, a-t-il des contre-indications [1] Oui [0] Non [3] NSP 125
- Si la réponse est non ou NSP, aller directement à la question 7*
- 6a. Quels sont ces contre-indications ?
- [1] Allergie 126
 - [2] Début de grossesse 127
 - [3] Enfants 128
 - [4] Personnes âgées 129
 - [8] Autre, préciser _____ 130
7. Où peut-on se le procurer ?
- [1] Pharmacie/Dépôt 135
 - [2] Centre de santé 136
 - [3] Marché 137
 - [4] Vendeur ambulant 138
 - [5] Boutique 139
 - [8] Autre, préciser _____ 140
8. Quelle est votre opinion sur ce médicament ? (*encercler les bonnes réponses*)
- [1] Efficace / [0] Pas efficace 145
 - [1] Cher / [0] Pas cher 146
 - [1] Accessible / [0] Pas accessible 147
 - Autre opinion, préciser l'opinion émise _____ 148
9. L'avez-vous déjà utilisé personnellement [1] Oui [0] Non 150
- Si la réponse est non, aller au traceur 2 (question 19)*
10. Pour quels symptômes ?
- [1] Fièvre 155
 - [2] Douleur abdominale 156
 - [3] Diarrhée 157
 - [4] Toux/Bronchite 158
 - [5] Maux de tête 159
 - [6] Vomissements 160
 - [7] Maladie des yeux 161
 - [9] Plaies 162
 - [8] Autre, préciser _____ 163
11. Utilisez-vous ce médicament chaque fois que vous avez ces symptômes ? [1] Oui [0] Non 165

12. Quelles sont les raisons qui vous ont amené à utiliser ce médicament cette ou ces fois là ?

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| [1] Pas cher, moins cher | 170 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Efficace, plus efficace | 171 | <input type="checkbox"/> |
| [3] Confiance, plus confiance | 172 | <input type="checkbox"/> |
| [4] Par habitude | 173 | <input type="checkbox"/> |
| [5] Disponible, facilement accessible | 174 | <input type="checkbox"/> |
| [6] Prescrit par un professionnel de santé | 175 | <input type="checkbox"/> |
| [7] Conseillé, Recommandé par quelqu'un | 176 | <input type="checkbox"/> |
| [8] Autre, préciser _____ | 177 | <input type="checkbox"/> |

13. La dernière fois que vous avez utilisé ce médicament, est-ce que quelqu'un vous l'avait prescrit ou vous avait recommandé de le prendre ?

- | | | | |
|---------|---------|-----|--------------------------|
| [1] Oui | [0] Non | 180 | <input type="checkbox"/> |
| [9] NSP | | | |

Si la réponse est non, aller à la question 15

14. Personne ayant prescrit ou recommandé le médicament :

- | | | | |
|----------------------------|------------------------|-----|--------------------------|
| [1] Entourage, voisins | [3] Pharmacien / Dépôt | 181 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Professionnel de santé | [4] Vendeur informel | | |
| [8] Autre, préciser _____ | | | |

15. Comment vous l'êtes-vous procuré ?

- | | | | |
|---------------------------|----------------------------------|-----|--------------------------|
| [1] Pharmacie/Dépôt | [4] Vendeur ambulant | 182 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Centre de santé | [5] Boutique | | |
| [3] Marché | [6] Stock personnel, ou familial | | |
| [8] Autre, préciser _____ | | | |

16. Combien de temps a duré le traitement (nombre de jours) ? _____

183

17. Pourquoi avez-vous arrêté d'en prendre ?

- | | | | |
|----------------------------|--|-----|--------------------------|
| [1] Guérison, amélioration | [4] Effets secondaires | 186 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Quantité épuisée | [9] Ne s'applique pas car ttt en cours | | |
| [3] Absence d'amélioration | [8] Autre, préciser _____ | | |

18. Qu'avez-vous fait du reste du médicament ?

- | | | | |
|---------------------------|--|-----|--------------------------|
| [1] Stocké | [4] Jeté | 190 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Vendu | [5] Detruit | | |
| [3] Cédé | [9] Ne s'applique pas (stock épuisé ou ttt en cours) | | |
| [8] Autre, préciser _____ | | | |

Traceur 2 : [1] Chloroquine [2] Gentamycine [3] Tétracycline

Filtre 2 (2/3)

Présenter le médicament puis poser les questions suivantes

19. Avez-vous déjà vu ce médicament ? [1] Oui [0] Non 200

20. Pouvez-vous nous donner son nom ? Connait : [1] Oui [0] Non 201

Si la personne reconnaît le médicament, aller à la question 22

Si la personne ne reconnaît pas le médicament, lui dire : C'est ".....".

21. Avez-vous déjà entendu parler de ce médicament ? [1] Oui [0] Non 202

Si la réponse est non, aller à la section 3 (système de recouvrement)

22. Pour traiter quel(s) symptôme(s) utilise-t-on ce médicament ?

[1] Fièvre 205

[2] Douleur abdominale 206

[3] Diarrhée 207

[4] Toux/Bronchite 208

[5] Maux de tête 209

[6] Vomissements 210

[7] Maladies des yeux 211

[9] Plaies 212

[8] Autre, préciser _____ 213

23. Selon vous, a-t-il des effets secondaires [1] Oui [0] Non [3] NSP 215

Si la réponse est non ou NSP, aller directement à la question 24

23a Quels sont ces effets secondaires ?

[1] Démangeaisons 216

[2] Vertiges 217

[3] Intoxication 218

[4] Troubles visuels 219

[8] Autre, préciser _____ 220

24. Selon vous, a-t-il des contre-indications [1] Oui [0] Non [3] NSP 225

Si la réponse est non ou NSP, aller directement à la question 25

24a Quels sont ces contre-indications ?

- [1] Allergie 226
 - [2] Début de grossesse 227
 - [3] Enfants 228
 - [4] Personnes âgées 229
 - [8] Autre, préciser _____ 230
25. Où peut-on se le procurer ?
- [1] Pharmacie/Dépôt 235
 - [2] Centre de santé 236
 - [3] Marché 237
 - [4] Vendeur ambulant 238
 - [5] Boutique 239
 - [8] Autre, préciser _____ 240
26. Quelle est votre opinion sur ce médicament ? (encercler les bonnes réponses).
- [1] Efficace / [0] Pas efficace 245
 - [1] Cher / [0] Pas cher 246
 - [1] Accessible / [0] Pas accessible 247
 - Autre opinion, préciser l'opinion émise _____ 248
27. L'avez-vous déjà utilisé personnellement [1] Oui [0] Non 250
- Si la réponse est non, aller à la section 3*
28. Pour quels symptômes ?
- [1] Fièvre 255
 - [2] Douleur abdominale 256
 - [3] Diarrhée 257
 - [4] Toux/Bronchite 258
 - [5] Maux de tête 259
 - [6] Vomissements 260
 - [7] Maladie des yeux 261
 - [9] Plaies 262
 - [8] Autre, préciser _____ 263
29. Utilisez-vous ce médicament chaque fois que vous avez ces symptômes ? [1] Oui [0] Non 265

30. Quelles sont les raisons qui vous ont amené à utiliser ce médicament cette ou ces fois là ?

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| [1] Pas cher, moins cher | 270 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Efficace, plus efficace | 271 | <input type="checkbox"/> |
| [3] Confiance, plus confiance | 272 | <input type="checkbox"/> |
| [4] Par habitude | 273 | <input type="checkbox"/> |
| [5] Disponible, facilement accessible | 274 | <input type="checkbox"/> |
| [6] Prescrit par un professionnel de santé | 275 | <input type="checkbox"/> |
| [7] Conseillé, Recommandé par quelqu'un | 276 | <input type="checkbox"/> |
| [8] Autre, préciser _____ | 277 | <input type="checkbox"/> |

31. La dernière fois que vous avez utilisé ce médicament, [1] Oui [0] Non
est-ce que quelqu'un vous l'avait prescrit ou vous [9] NSP
avait recommandé de le prendre ?

180

Si la réponse est non ou NSP, aller à la question 33

32. Personne ayant prescrit ou recommandé le médicament :

181

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| [1] Entourage, voisins | [3] Pharmacien / Dépôt |
| [2] Professionnel de santé | [4] Vendeur informel |
| [8] Autre, préciser _____ | |

33. Comment vous l'êtes-vous procuré ?

182

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| [1] Pharmacie/Dépôt | [4] Vendeur ambulant |
| [2] Centre de santé | [5] Boutique |
| [3] Marché | [6] Stock personnel, ou familial |
| [8] Autre, préciser _____ | |

34. Combien de temps a duré le traitement (nombre de jours) ? _____

283

35. Dans quelles circonstances a-t-il été interrompu ?

286

- | | |
|----------------------------|---|
| [1] Guérison, amélioration | [4] Effets secondaires |
| [2] Quantité épuisée | [9] Ne s'applique pas car ttt encore en cours |
| [3] Absence d'amélioration | [8] Autre, préciser _____ |

36. Qu'avez-vous fait du reste du médicament ?

289

- | | |
|---------------------------|--|
| [1] Stocké | [4] Jeté |
| [2] Vendu | [5] Detruit |
| [3] Cédé | [9] Ne s'applique pas (stock épuisé ou ttt en cours) |
| [8] Autre, préciser _____ | |

Section 3 : Attitudes et opinions relatives au système de recouvrement des coûts existant

Étude/Cont.(1/0)

Dire au répondant :

Dans le Centre de
il y a un système qui permet d'assurer les approvisionnements en médicaments.
On va, on paye, on obtient du médicament.

1. Connaissez-vous ce système ? [1] Oui [0] Non 300

Si la réponse est non, aller à la question 12

2. Selon vous, est-ce un bon système ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 302

3. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 3a, si la réponse est non, aller à 3b

Si la réponse est oui : oui, parce que :

- [1] Soins sur place
- [2] Médicaments disponibles
- [3] Médicaments moins chers, bon prix
- [4] Permet de bien prendre en charge, de bien s'occuper des malades
- [5] C'est bon pour l'État
- [8] Autres raisons, préciser _____

303a

Si la réponse est non : non, parce que :

- [1] Les malades doivent être soignés gratuitement
- [2] Les médicaments, le système sont chers
- [3] Le système n'est pas efficace
- [4] Ruptures fréquentes du stock de médicaments
- [8] Autres raisons, préciser _____

303b

4. Selon vous, ce système a-t-il contribué à améliorer la santé des gens ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 304

5. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 5a, si la réponse est non, aller à 5b

Si la réponse est oui : oui, parce que :

- [1] Plus de personnes ont accès aux médicaments et aux services
- [2] Permet de traiter les plus démunis
- [3] Disponibilité sur place du médicament
- [4] Permet une fréquentation régulière des services de santé
- [5] Amélioration de la santé des malades, guérison des malades
- [6] Traitements précoces et rapides
- [7] Certaines maladies ont disparu
- [8] Autres raisons, préciser _____

305a

Si la réponse est non : non, parce que :

- [1] Le système n'est pas efficace
- [2] Le prix du médicament empêche d'y accéder
- [8] Autres raisons, préciser _____

305b

6. Selon vous, ce système permet-il d'avoir des services de meilleure qualité ? [1] Oui [0] Non [9] NSP 308

7. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 7a, si la réponse est non, aller à 7b

309a

Si la réponse est oui : oui, parce que :

- [1] Le traitement des malades est plus rapide, se fait plus vite
- [2] Les médicaments sont disponibles
- [3] Permet un bon (ou un meilleur) accueil
- [4] Assure une augmentation de la fréquentation du centre
- [5] Le coût des services est moins cher
- [6] Les personnels sont plus motivés et travaillent mieux
- [8] Autres raisons, préciser _____

309b

Si la réponse est non : non, parce que :

- [1] Les ruptures de médicaments sont fréquentes
- [2] Accueil mauvais
- [3] Coût des services élevé
- [8] Autres raisons, préciser _____

312

8. Selon vous, ce système permet-il de trouver plus facilement des médicaments ? [1] Oui [0] Non [9] NSP

9. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 9a, si la réponse est non, aller à 9b

313a

Si la réponse est oui : oui, parce que :

- [1] Assure la disponibilité du médicament
- [2] Coût des médicaments moins élevé qu'ailleurs
- [3] Ruptures sont rares
- [8] Autres raisons, préciser _____

313b

Si la réponse est non : non, parce que :

- [1] Le coût des médicaments est élevé, médicament cher
- [2] Les gens n'ont pas assez d'argent pour acheter le médicament ou pour consulter
- [3] Les médicaments ne pas délivrés en dehors des heures de service
- [4] Il y a des ruptures de médicaments
- [8] Autres raisons, préciser _____

316

10. Les médicaments qu'on trouve au centre grâce à ce système, sont-ils de bons médicaments ? [1] Oui [0] Non [9] NSP

11. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 11a, si la réponse est non, aller à 11b

317a

Si la réponse est oui : oui, parce que :

- [1] Ils sont efficaces, ils soignent bien
- [2] Ils sont prescrits par des professionnels
- [3] Ils sont bien conservés
- [8] Autres raisons, préciser _____

317b

Si la réponse est non : non, parce que :

- [1] Les médicaments ne sont pas efficaces
- [2] Les médicaments sont mal conservés
- [3] Ce sont de "faux" médicaments
- [8] Autres raisons, préciser _____

320

12. Etes vous d'accord avec le fait que l'on fasse payer les médicaments aux malades qui se présentent au centre ? [1] Oui [0] Non [9] NSP

13. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 13a, si la réponse est non, aller à 13b

Si la réponse est oui : oui, parce que :

321a

- [1] C'est nécessaire, c'est le prix pour guérir
- [2] Permet d'assurer le réapprovisionnement du centre en médicaments
- [3] Permet d'assurer le fonctionnement du centre (achat consommables, salaire personnel, etc.)
- [4] Évite des va et viens aux malades
- [5] Assure une meilleure qualité de services
- [6] Les malades vont suivre les conseils des médecins
- [8] Autres raisons, préciser _____

Si la réponse est non : non, parce que :

321b

- [1] Les gens sont pauvres, ils n'ont pas assez de moyens
- [2] Les impôts et taxes doivent servir à payer les médicaments
- [3] Ce sont les pharmaciens qui doivent vendre les médicaments
- [8] Autres raisons, préciser _____

14. Etes vous d'accord avec le fait que l'on fasse payer les consultations aux malades qui se présentent au centre ? [1] Oui [0] Non [9] NSP

324

15. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 15a, si la réponse est non, aller à 15b

Si la réponse est oui : oui, parce que :

325a

- [1] C'est normal / obligatoire
- [2] Permet d'assurer le fonctionnement du centre (achat consommables, salaire personnel, etc.)
- [3] Le tarif est abordable
- [8] Autres raisons, préciser _____

Si la réponse est non : non, parce que :

325b

- [1] C'est le travail des agents de santé, ils sont payés pour cela
- [2] Ce n'est pas normal
- [3] Les indigents, ceux qui n'ont pas de moyens, ne sont pas soignés
- [4] Le tarif est cher, trop élevé
- [5] Les gens sont pauvres, n'ont pas assez d'argent
- [8] Autres raisons, préciser _____

16. Que pensez-vous du prix que l'on fait payer les médicaments aux malades qui se présentent au centre ?

[1] Raisonnable, adéquat [2] Trop élevé [9] NSP

328

17. Pourquoi ? Si la réponse est oui aller à 17a, si la réponse est non, aller à 17b

Si la réponse est raisonnable : raisonnable parce que :

329a

- [1] Moins cher que dans les pharmacies privées
- [2] Les malades n'ont pas besoin de se déplacer
- [3] Le prix convient, il est juste
- [4] L'essentiel, c'est que les médicaments soient disponibles
- [8] Autres raisons, préciser _____

Si la réponse est trop élevé : trop élevé parce que :

329b

- [1] Trop chers
- [2] Les gens n'ont pas assez d'argent, ils sont trop pauvres
- [8] Autres raisons, préciser _____

18. Selon vous, est-ce qu'il arrive que les gens [1] Oui [0] Non [9] NSP 332
 du centre de santé revendent des médicaments
 du centre sur le marché parallèle?

Si la réponse est non, aller à la question 20

19. Si oui, comment font-ils ? 334

- [1] Vente directe aux patients à l'abri des regards
- [2] Les agents substituent les médicaments des malades pour ensuite les revendre
- [3] Les agents font des transactions avec d'autres dépôts ou revendeurs
- [8] Autres manières, préciser _____
- [9] Ne sait pas comment ils font

20. Avez-vous d'autres choses à dire sur le système ? 336

Section 4 : Personnes malades dans les 15 derniers jours

- Recenser toutes les personnes de la famille ayant présenté un épisode de maladie dans les 2 dernières semaines.
- Identifier la position de chacune de ces personnes par rapport au chef de famille et leur affecter un identificateur.
- Demander à rencontrer et à interroger toutes ces personnes (pour les enfants, s'adresser à la mère ou la personne qui s'en est occupé).

Liste des personnes malades dans les 2 dernières semaines :

*Réservé à la
codification*

Position / chef de ménage
 1= chef; 2= Épouse; 3 = Enfant; 8 = Autre (préciser)

Identificateur malade

..... 307.

..... 308.

..... 309.

..... 310.

..... 311.

42. Nombre de personnes malades listées _____ 400

Section 5 : Caractéristiques du répondant et du ménage

1. Sexe [1] Homme [2] Femme 501
2. Age _____ 502
3. Instruction [1] Aucune [4] Primaire
[2] Alphabétisé [5] Secondaire et +
[3] Lit et écrit 503
4. Le chef de ménage a-t-il une activité régulière [1] Oui [0] Non 504
5. Profession du chef de ménage 505
[1] Agriculteur [4] Fonctionnaire
[2] Commerçant [5] Employé privé
[3] Artisan [8] Autre, préciser _____
6. Le chef de ménage est-il ? 506
[1] Propriétaire du logement [2] Locataire du logement
[8] Autre, préciser _____
7. Nombre d'enfants vivants _____ 507
8. Age du plus jeune enfant _____ 508
9. Age de l'aîné des enfants _____ 509
10. Le ménage possède-t-il ?
[1] Une voiture [1] Oui [0] Non 510
[2] Une moto [1] Oui [0] Non 511
[3] Un vélo [1] Oui [0] Non 512
[4] Une télévision [1] Oui [0] Non 513
[5] Un réfrigérateur [1] Oui [0] Non 514
[6] Une radio [1] Oui [0] Non 515
11. Combien d'animaux le ménage possède-t-il ?
[1] Vaches _____ 520
[2] Moutons, chèvres _____ 521
[3] Volailles _____ 522
[3] Ane _____ 528

12. Comment le ménage s'approvisionne-t-il en eau ?

523

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| [1] Puits en dehors de la concession | [4] Fleuve, lac, source |
| [2] Fontaine publique | [5] Revendeur d'eau |
| [3] Puits dans la concession | [6] Robinets dans le logement |
| [8] Autre, préciser _____ | |

13. Le logement possède-t-il l'électricité ?

[1] Oui [0] Non

524

14. Position de la personne interrogée par rapport au chef de ménage

525

- | | |
|---------------------------|------------|
| [1] Chef de ménage | [2] Epouse |
| [8] Autre, préciser _____ | |

Section 6 : Stocks de médicament du ménage

40. Actuellement, y a-t-il des médicaments en stock dans la maison
(Vérifier, ne cocher oui que si l'on trouve effectivement des médicaments en stock)

[1] Oui [0] Non

601

Si la réponse est non, clore l'entrevue

Médicaments stockés par le ménage

#	Médicament	Quantité Stockée	Nature (gén., spéc.)	Forme (cpmés, inj., sirop, etc.)	Source Acquisition	Lieu stockage	Péremption - Remarques
1	Chloroquine						
2	Gentamycine						
3	Tétracycline						
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Université de Montréal

Institut National de la Recherche en Santé Publique

*Systèmes de recouvrement des coûts, approvisionnement
en médicaments essentiels et marché du médicament au Mali*

*Enquête dans les ménages
Questionnaire personnes malades*

1.	Site	_____	1	<input type="checkbox"/>
2.	Identification du Ménage	_____	2	<input type="checkbox"/>
3.	Identificateur malade	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>
4.	Position dans le ménage		4	<input type="checkbox"/>
	[1] Chef			
	[2] Épouse			
	[3] Enfant			
	[8] Autre, préciser _____			
5.	Sexe	[1] Homme [2] Femme	5	<input type="checkbox"/>
6.	Âge	_____	6	<input type="checkbox"/>
7.	Instruction		7	<input type="checkbox"/>
	[1] Aucune	[4] Primaire		
	[2] Alphabétisé	[5] Secondaire et +		
	[3] Lit et écrit	[9] Ne s'applique pas		

Section 1 : Action lors du dernier épisode de maladie

1. De quoi vous êtes-vous plaint ?

- | | | |
|---------------------------|----|--------------------------|
| [1] Fièvre | 10 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Douleur abdominale | 11 | <input type="checkbox"/> |
| [3] Diarrhée | 12 | <input type="checkbox"/> |
| [4] Toux / Bronchite | 13 | <input type="checkbox"/> |
| [5] Maux de tête | 14 | <input type="checkbox"/> |
| [6] Vomissements | 15 | <input type="checkbox"/> |
| [7] Maladie des yeux | 16 | <input type="checkbox"/> |
| [8] Autre, préciser _____ | 17 | <input type="checkbox"/> |

2. De quelle maladie avez-vous souffert ?

- | | | | |
|---------------|---------------------------|----|--------------------------|
| [1] Paludisme | [6] Maladie des yeux | 20 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Diarrhée | [7] Blessure | | |
| [4] Asthme | [8] Autre, préciser _____ | | |
| [5] Céphalée | [9] NSP | | |

3. Considérez-vous qu'il s'agissait d'une maladie :

- | | | | | |
|-----------|-----------------------|---------------|----|--------------------------|
| [1] Grave | [2] Moyennement grave | [3] Peu grave | 26 | <input type="checkbox"/> |
|-----------|-----------------------|---------------|----|--------------------------|

4. Considérez-vous que cette maladie a mis votre vie en danger ?

- | | | | |
|---------|---------|----|--------------------------|
| [1] Oui | [0] Non | 27 | <input type="checkbox"/> |
|---------|---------|----|--------------------------|

5. Est-ce que vous avez pu lors de cette maladie, continuer vos activités quotidiennes ?

- | | | | |
|---------|---------|----|--------------------------|
| [1] Oui | [0] Non | 28 | <input type="checkbox"/> |
|---------|---------|----|--------------------------|

6. Quand votre maladie est survenue qu'est-ce que vous avez fait (ne cocher qu'une seule case pour chacun des recours) ?

- | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----|--------------------------|
| | AAT | AT | SSMPu | SSMPr | Ph/Dep | Marché | Bout. | Ambul. | PT | Autre (préciser) | | | |
| R1 | <input type="checkbox"/> | _____ | 30 | <input type="checkbox"/> |
| R2 | <input type="checkbox"/> | _____ | 31 | <input type="checkbox"/> |
| R3 | <input type="checkbox"/> | _____ | 32 | <input type="checkbox"/> |

7. Principale raison évoquée pour recours 1 : 39

- | | |
|---------------------------|--|
| [0] Maladie pas grave | [4] Disponibilité des ressources |
| [1] Proximité | [5] Accueil |
| [2] Coût moins élevé | [6] Possibilité d'avoir 1 consultation, 1 diagnostic |
| [3] Efficacité | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [8] Autre, préciser _____ | |

8. Principale raison évoquée pour recours 2 : 40

- | | |
|---------------------------|--|
| [0] Maladie pas grave | [4] Disponibilité des ressources |
| [1] Proximité | [5] Accueil |
| [2] Coût moins élevé | [6] Possibilité d'avoir 1 consultation, 1 diagnostic |
| [3] Efficacité | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [8] Autre, préciser _____ | [9] Choix précédant non probant |

9. Principale raison évoquée pour recours 3 : 41

- | | |
|---------------------------|--|
| [0] Maladie pas grave | [4] Disponibilité des ressources |
| [1] Proximité | [5] Accueil |
| [2] Coût moins élevé | [6] Possibilité d'avoir 1 consultation, 1 diagnostic |
| [3] Efficacité | [7] Pour avoir une ordonnance |
| [8] Autre, préciser _____ | [9] Choix précédant non probant |

48

11. La personne a-t-elle consulté dans un centre de santé ? [1] Oui [0] Non 49
Confirmer en s'appuyant sur les réponses à la question 6.

12. La personne a-t-elle consulté dans un hôpital ? [1] Oui [0] Non 50
Confirmer en s'appuyant sur les réponses à la question 6.

14. La personne a-t-elle consulté un ou plusieurs médecins ou infirmiers privés ? [1] Oui [0] Non 52
Confirmer en s'appuyant sur les réponses à la question 6.

15. La personne a-t-elle consulté un ou plusieurs praticiens traditionnels ? [1] Oui [0] Non 53
Confirmer en s'appuyant sur les réponses à la question 6.

*Si la réponse est oui à au moins une des Questions 11 à 15,
aller à la question 17*

16. Raisons pour lesquelles la personne n'a pas consulté ?

- [1] Pas nécessaire 55
- [2] Pas confiance 56
- [3] Coût élevé 57
- [4] Manque d'argent 58
- [5] Problème d'accessibilité 59
- [8] Autre, préciser _____ 60

17. Est-ce qu'au cours de cette maladie, vous avez utilisé du médicament traditionnel ? [1] Oui [0] Non 62

Si la réponse est oui, préciser _____ 63

18. Est-ce qu'au cours de cette maladie, vous avez utilisé du médicament moderne ? [1] Oui [0] Non 65

Si la réponse est oui, aller à la question 20

Si la réponse est non, aller à la question 19 puis clore l'entrevue

19. Raisons pour lesquelles la personne n'a pas utilisé du médicament moderne

- [1] Pas nécessaire 66
- [2] Pas efficace 67
- [3] Coûts trop élevés 68
- [4] Manque d'argent 69
- [5] Pas disponible ou accessible 70
- [8] Autre raison, préciser _____ 71

20. Dans quelles circonstances avez-vous utilisé ces médicaments : 75

- [1] Prescrit par un médecin [4] Recommandé par un autre vendeur
- [2] Prescrit par un infirmier [5] Recommandé par l'entourage
- [3] Recommandé par Pharm/Dépôt [6] C'est un choix personnel
- [8] Autre, préciser _____

21. Si le médicament vous a été prescrit ou recommandé, avez-vous acheté tous les médicaments ? [1] Oui [0] Non 80

Si la réponse est oui, aller à la question 23.

22. Raisons pour lesquelles la personne n'a pas acheté tous les médicaments ?

- | | | |
|-----------------------------------|----|--------------------------|
| [1] Pas nécessaire | 81 | <input type="checkbox"/> |
| [2] Pas approprié ou pas efficace | 82 | <input type="checkbox"/> |
| [3] Coûts trop élevés | 83 | <input type="checkbox"/> |
| [4] Manque d'argent | 84 | <input type="checkbox"/> |
| [5] Pas disponible ou accessible | 85 | <input type="checkbox"/> |
| [8] Autre raison, préciser _____ | 86 | <input type="checkbox"/> |

23. Si le médicament a été acheté, quel en a été le coût ? Francs _____

90 | | | |

24. Si le médicament a été acheté, qui l'a payé ?

91

- | | |
|--------------|---------------------------|
| [1] Lui-même | [5] Autre parent |
| [2] Père | [6] Ami, voisin |
| [3] Mère | [9] NSP |
| [4] Conjoint | [8] Autre, préciser _____ |

25. Avez-vous été jusqu'au bout du traitement ? [1] Oui [2] Non [3] TTT en cours

95

Si la réponse est 1 ou 3 remplir le tableau des médicaments achetés ou consommés puis clore l'entretien.

26. Raisons pour lesquelles la personne n'a pas été au bout de son traitement

96

- | | |
|---|------------------------|
| [1] Amélioration de l'état de santé, guérison | [3] Pas d'amélioration |
| [2] Plus de médicament | [4] Effets secondaires |
| [8] Autre, préciser _____ | |

Remplir le tableau des médicaments achetés ou consommés et clore l'entretien

Médicaments acquis et consommés lors du dernier épisode de maladie

#	Médicament (1) Préciser nom molécule	Code	Nature (2)	Forme Pharm. (3)	Source (4)	Q. Prescrite et prescripteur (5)	Q. Acquis et Coût d'achat (6)	Q. Consom. (7)	Devenir du Méd. non Consom. (8)
1	Chloroquine (comprimés ou sirops)								
2	Gentamycine								
3	Tétracycline								
4									
5									
6									
7									
8									

1 Prendre note de chacun de ces médicaments ainsi que de leur présentation. *Rechercher ordonnance, boîte, carnet, etc. Préciser le nom de la molécule.

2 Spécialité, Générique ou Traditionnel amélioré

3 Comprimés, sirops, injections, perfusions, poudres, pommades, etc.

4 Stock familial, Entourage, CS ou hôpital, Pharmacie privée, Revendeur marchand, Vendeur itinérant, boutique, etc.

5 Valider si possible, par l'ordonnance. Exprimer les quantités en comprimés, flacons, etc.

6 Exprimer les quantités en unités de base : comprimés, flacons, etc.

7 Exprimer les quantités en unités de base : comprimés, flacons, etc.

8 Stockage, Vente, Cession, Jetage, Destruction (Préciser).

Section 2 : Médicaments acquis et consommés (suite)

Autres médicaments

Médicament	M1	M2	M3	M4	M5	M6
Code	250 <input type="checkbox"/>	260 <input type="checkbox"/>	270 <input type="checkbox"/>	280 <input type="checkbox"/>	290 <input type="checkbox"/>	300 <input type="checkbox"/>
Nature 1= générique, 2= spécialité; 3= traditionnel amélioré	251 <input type="checkbox"/>	261 <input type="checkbox"/>	271 <input type="checkbox"/>	281 <input type="checkbox"/>	291 <input type="checkbox"/>	301 <input type="checkbox"/>
Présentation 1= cpmés; 2= inj.; 3= perf.; 4= sirop ; 8= Autre	252 <input type="checkbox"/>	262 <input type="checkbox"/>	272 <input type="checkbox"/>	282 <input type="checkbox"/>	292 <input type="checkbox"/>	302 <input type="checkbox"/>
Source 1= Pharmacie/Dépôt ; 2= CS ; 3= Marché ; 4= Vend. ; 5= Bout. ; 6= Stock pers. ou famil. ; 8= Autre	254 <input type="checkbox"/>	264 <input type="checkbox"/>	274 <input type="checkbox"/>	284 <input type="checkbox"/>	294 <input type="checkbox"/>	304 <input type="checkbox"/>
Q M conforme prescription 1= Oui ; 0= Non; 9= NAP	255 <input type="checkbox"/>	265 <input type="checkbox"/>	275 <input type="checkbox"/>	285 <input type="checkbox"/>	295 <input type="checkbox"/>	305 <input type="checkbox"/>
Q consommée vs acquise (%)	256 <input type="checkbox"/>	266 <input type="checkbox"/>	276 <input type="checkbox"/>	286 <input type="checkbox"/>	296 <input type="checkbox"/>	306 <input type="checkbox"/>
Q Non consommée 1= Stocké ; 2= Vendu ; 3= Cédé ; 4= Jeté ; 5= Detruit ; 9 NAP; 8= Autre	257 <input type="checkbox"/>	267 <input type="checkbox"/>	277 <input type="checkbox"/>	287 <input type="checkbox"/>	297 <input type="checkbox"/>	307 <input type="checkbox"/>

Annexe 4: Principales caractéristiques des systèmes à l'étude

Caractéristiques	Site de Gao	Site de Niono	Site de Koutiala
<p>Caractéristiques Générales, Type de système</p>	<p>CSC: Paiement de médicaments à l'unité suivant tarification, les consultations sont gratuites.</p> <p>Hôpital : Paiement des médicaments à l'unité suivant tarification; consultation et hospitalisation payantes.</p> <p>La fixation des prix de vente s'appuie: (1) sur le coût d'achat; (2) sur la volonté de réduire le coût de certains traitements. La vente de certains médicaments à un prix supérieur à leur prix coûtant permet de subventionner celle des médicaments vendus à un prix inférieur à leur prix coûtant.</p> <p>Les recettes générées par la vente des médicaments ne couvrent que les dépenses d'achat du médicament. Transport, supervision, formation, rémunération du personnel, sont supportés par d'autres sources de financement.</p>	<p>Centres de santé : paiement d'un forfait-consultation pour la durée de l'épisode (forfait variable selon que la visite se fait auprès d'un médecin ou d'un infirmier/ sage femme). Paiement des médicaments essentiels et des actes de laboratoires à l'unité suivant tarification en vigueur.</p> <p>Forfait consultation fixée par le comité de gestion du centre. Prix de vente des médicaments = prix d'achat usine multiplié par un coefficient de 2,5. Ceci permet de supporter les coûts d'achat, de transport, de supervision des points de vente, des salaires du gérant et des magasins ainsi qu'une perte estimée à 10%.</p>	<p>Consultation et médicaments sont en principe gratuits. En réalité, il n'y a pas de médicaments disponibles et la gratuité des visites et des actes n'est que théorique</p>

Caractéristiques	Site de Gao	Site de Niono	Site de Koutiala
<p>Coûts d'utilisation</p>	<p>Les médicaments génériques vendus dans les formations sanitaires ont un coût unitaire inférieur à celui des 2 pharmacies privées de la place ainsi qu'à celui du marché informel.</p> <p>Le coût total du médicament acheté n'est pas nécessairement inférieur dans les formations sanitaires publiques car la quantité de médicaments que les consultants reçoivent équivaut à la quantité requise pour un traitement complet. Les autres fournisseurs n'imposent évidemment pas cela à leurs clients</p>	<p>Les dépenses d'utilisation des services de santé publics sont de 3 ordres : dépenses pour régler le forfait (300 fca pour une visite effectuée par un infirmier, et 1000 CFA pour un médecin), dépenses des médicaments et dépenses pour régler le coût des actes diagnostiques et thérapeutiques. Le coût total du médicament acheté n'est pas nécessairement inférieur dans les formations sanitaires publiques car la quantité de médicaments que les consultants reçoivent équivaut à la quantité requise pour un traitement complet.</p>	<p>On ne peut à proprement parler d'une dépense d'acquisition du médicament dans le centre de santé public; les ruptures de stock y sont complètes en quasi permanence. Gratuits en théorie, les actes et les visites donnent lieu à une dépense difficile à estimer. Les prescriptions délivrées par les personnels du centre de santé sont honorées par les pharmacies privées les vendeurs informels de la ville.</p>
<p>Rémunération et Encouragements</p>	<p>Tout le personnel (prescripteurs, personnel administratif magasiniers et gestionnaires) sont rémunérés par l'état. Les personnes ne bénéficient d'aucun incitatif financier provenant de la vente des médicaments.</p>	<p>Les personnels de santé sont rémunérés par l'état. Ils ne bénéficient d'aucun incitatif financier relié aux recettes. Le gestionnaire et les magasiniers sont rétribués à même les fonds générés par la vente des médicaments. Des bonus leur sont attribués en fonction de la qualité de leur gestion. Les recettes générées par les forfaits à la visites et les actes de laboratoire sont intégralement reversées à la caisse du centre de santé.</p>	<p>Tous les personnels sont rémunérés par l'état.</p> <p>Le centre de santé ne génère théoriquement aucune recette de ses activités de soins ou de délivrance du médicament.</p>

Caractéristiques	Site de Gao	Site de Niono	Site de Koutiala
<p>Règles de distribution et de prescription</p>	<p>Le patient ne peut acheter les médicaments que lorsqu'il a bénéficié d'une consultation préalable et que le prescripteur lui ait remis une ordonnance numérotée pour le magasin. Au centre de santé et à l'hôpital, le prescripteur et le magasinier sont différents. Dans les deux autres dispensaires de la ville et les CS périphériques, l'infirmier est aussi celui qui vend le médicament. Des algorithmes de décision et de traitement sont en théorie disponibles, mais la plus part des prescripteurs n'en ont qu'une connaissance très relative.</p>	<p>Médicaments prescrits pour un traitement complet. Consultation requise pour acheter le médicament. Pas d'accès direct au médecin : triage préalable par les infirmiers. Les prescripteurs doivent s'en tenir exclusivement à la liste des médicaments essentiels en vigueur. En théorie, ils ne peuvent prescrire des médicaments hors liste que les patients iraient acquérir dans le secteur privé. Les prescripteurs doivent théoriquement respecter les algorithmes de décision et de traitement mis à leur disposition. La prescription et la délivrance du médicament sont associées : les magasiniers sont les seuls à pouvoir délivrer le médicament et encaisser les montants fournis par les patients</p>	<p>Il n'y a pas de règle de prescription et de distribution du médicament. Les prescripteurs ne s'appuient ni sur la liste des médicaments essentiels, ni sur les algorithmes mis à leur disposition par le ministère de santé (et dont ils n'ont qu'une connaissance relative).</p>
<p>Approvisionnement en médicaments</p>	<p>Approvisionnement une fois l'an à partir de la capitale. Appels d'offres internationaux selon une procédure longue et contraignante. Ruptures de stocks régulières de durée variable, en particulier pour les produits de grandes consommation et /ou ceux dont le prix de vente est substantiellement plus bas que ceux du marché.</p>	<p>Approvisionnement régulier, deux livraisons par an. Commande faite localement auprès d'un organisme international (IDA) et de l'usine malienne de produits pharmaceutiques (pour les produits lourds à transporter, comme les solutés). Les ruptures de stocks sont exceptionnelles et de durée limitée.</p>	<p>Absence permanente de quasi de médicaments.</p>

Caractéristiques	Site de Gao	Site de Niono	Site de Koutiala
Mesures d'accompagnement	Personnels formés au début du projet, mais par les jeux des mutations et des départs à la retraite, la plupart du personnel en poste n'ont pas reçu de formation. Système informatisé. Rénovation et équipement des CSC. Supervisions irrégulières.	Personnels formés à la prescription rationnelle du médicament; recyclages réguliers. Système de contrôle des prescriptions; félicitations ou blâmes liés aux résultats des contrôles. Rénovation et équipement des CSC. Supervisions régulières	Formation à titre individuel et ponctuel du personnel. Pas de rénovation des CSC. Supervision irrégulières.
Implication de la communauté	Inexistante	Mise en œuvre très progressive. Faible implication de la communauté. Existence d'un comité de gestion dans chaque centre de santé.	Faible; existence d'un comité de gestion du centre de santé pas vraiment fonctionnel.
Perméabilité du système	Système de gestion moins sophistiqué qu'à Niono mais permettant un contrôle effectif des recettes et des ventes de médicaments. La relative autonomie des prescripteurs (dans la quantité prescrite) ouvre la possibilité qu'une partie du médicament alimente le marché parallèle.	Système de gestion sophistiqué, possibilité de détournement des médicaments ou de fonds, limitées.	Pas de système.
Aspects organisationnels	Système relativement lourd et centralisé. Les appels d'offre sont entièrement contrôlés à partir de Bamako. Pas de prise en charge des personnes démunies; pas de solidarité entre cercles.	Le système est peu subventionné. Il y a une forme de solidarité entre les cercles, les plus « riches » soutenant les autres. La région à une grande autonomie. Prise en charge des indigents: limitée.	Prise en charge des indigents assurées théoriquement par le comité de développement, mais en réalité ceci n'est presque jamais fait.

Annexe 5

Prix de certains médicaments dans les 3 sites (Koutiala, Niono et Gao)

Prix unitaire en francs CFA (génériques)

Site	Produits	Secteur public	Pharmacies et dépôts	Marché informel
Koutiala	Chloroquine cpmés (100mg)	-	11	9 à 15
	Aspirine (cpmés 500mg)	-	11-20	10 à 75
	Tétracycline	-		10 à 15
	Paracétamol (cpmés 500mg)	-	16	25 à 50
	Ampicilline gellules (500mg)	-	50 -55	20 à 150
	Quinine injectable (1 amp.)	-	375	-
	Pénicilline G (1 amp. 1M)	-	190	-
Niono	Chloroquine cpmés (100mg)	5	10-11	15
	Aspirine (cpmés 500mg)	5	9-10	15 à 75
	Tétracycline			10 à 20
	Paracétamol (cpmés 500mg)	5	15	25 à 50
	Ampicilline gellules (500mg)	30	50-55	25 à 75
	Quinine injectable (1 amp.)	125	195-325	-
	Pénicilline G (1 amp. 1M)	?	130-175	-
Gao	Chloroquine cpmés (100mg)	5	10-12	12,5
	Aspirine (cpmés 500mg)	5	9-10	12,5 à 50
	Tétracycline			15
	Paracétamol (cpmés 500mg)	10	15	12 à 12,5
	Ampicilline gellules (500mg)	50	?	-
	Quinine injectable (1 amp.)	100	320	-
	Pénicilline G (1 amp. 1M)	200	145-175	-